INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Análise comparativa dos modelos de parcerias público-privadas na saúde, entre Portugal e Espanha

Mariana Martins Pires

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador: Professor Doutor Nuno Miguel Pascoal Simões Crespo,
Professor Associado (com Agregação),
Departamento de Economia,
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Julho, 2026

BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Análise comparativa dos modelos de parcerias público-privadas na saúde, entre Portugal e Espanha

Mariana Martins Pires

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador: Professor Doutor Nuno Miguel Pascoal Simões Crespo,
Professor Associado (com Agregação),
Departamento de Economia,
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Julho, 2026

Agradecimentos

A concretização desta dissertação representa não apenas o culminar de um percurso académico, mas também o reflexo do apoio e do incentivo das pessoas que me acompanharam neste percurso, pelo que não posso deixar de lhes prestar o mais sincero agradecimento.

Em primeiro lugar, ao orientador da dissertação, o Professor Doutor Nuno Crespo, por todo o apoio prestado e pelo feedback contínuo em todas as etapas. Agradecer também pela constante motivação e pelo incentivo para realizar e concluir este estudo, sem me deixar perder o foco e a noção do tempo.

Agradecer ainda à minha família e amigos por todo o apoio, companheirismo e paciência demonstrada ao longo de todo o percurso.

Sumário Executivo

A utilização de parcerias público-privadas (PPP) nos mais diversos setores não é recente e, como tal, o setor da saúde não é exceção. Neste contexto, as primeiras experiências de PPP na área da saúde começaram a surgir com maior intensidade nos anos 2000, tanto em Portugal como em Espanha.

A presente dissertação tem como objetivo principal analisar e comparar os modelos de parcerias público-privadas adotados em Portugal e o Modelo Alzira, tendo em conta diversos fatores essenciais para a realização deste tipo de contratos.

Para tal, foi realizada uma revisão de literatura, na qual foram analisados os contextos nacionais, a importância do setor privado no sistema de saúde, os modelos adotados e as características contratuais, a renovação e/ou reversão dos contratos, as limitações e a necessidade de flexibilidade contratual, a distribuição de riscos, aspetos financeiros, o *Value for Money* e as características dos pagamentos realizados ao parceiro privado.

Os resultados evidenciam diferenças relevantes entre os modelos analisados, nomeadamente ao nível da alocação de risco e da estrutura de pagamentos. Apesar disso, são também identificados pontos em comum, tais como a incapacidade de medir de forma correta os indicadores de desempenho e a falta de informação disponível para a tomada de decisões.

A partir da análise realizada, conclui-se que não existe um modelo superior, com características que por si só garantam um maior sucesso dos projetos, revelando-se fundamental a análise conjunta das opções de gestão disponíveis e do contexto nacional e político antes da adoção das PPP.

Palavras-Chave: Parcerias público-privadas; PPP na saúde; Portugal; Espanha; Modelo Alzira.

Abstract

The use of public-private partnerships (PPP) across a wide range of sectors is not a recent phenomenon, and the healthcare sector is no exception. In this context, the first PPP initiatives in the healthcare sector emerged in the 2000s, both in Portugal and in Spain.

This dissertation aims to analyze and compare the public-private partnership models adopted in Portugal and the Alzira Model, considering several essential factors for the implementation of this type of contract.

To this end, a literature review was conducted in which the national contexts, the importance of the private sector in the healthcare system, the models adopted and contractual characteristics, the renewal of the contracts or reversion to public management, the limitations and the need for contractual flexibility, the risk allocation, the financial aspects, the Value for Money and the characteristics of the payments made to the private partner were analyzed.

The results highlight significant differences among the models analyzed, particularly in risk allocation and payment structures. Despite this, commonalities are also identified, such as the inability to accurately measure performance indicators and the lack of available information for decision-making.

Based on the analysis, there is no single superior model whose characteristics alone guarantee greater project success. A joint analysis of the available management options and the national and political context is therefore essential before adopting PPP.

Keywords: Public-private partnerships; PPP in healthcare; Portugal; Spain; Alzira Model.

Índice

Introdução 1
Capítulo 1 – As Parcerias Público-Privadas 3
1.1 Evolução das Parcerias Público-Privadas em saúde 3
1.2 Definição, conceito e características das PPP 3
1.3 Vantagens e desvantagens 5
1.3.1 Vantagens 5
1.3.2 Desvantagens 6
1.4 Modelos de PPP 7
1.4.1 Modelo baseado nas infraestruturas 8
1.4.2 Modelo de serviços clínicos específicos 9
1.4.3 Modelo Integrado 10
1.5 Gestão e transferência de riscos 12
1.6 Value For Money e resultados financeiros das PPP 13
1.7 Pagamento ao parceiro privado 15
1.8 Indicadores de desempenho e eficiência 15
Capítulo 2 – As Parcerias Público-Privadas em Portugal 17
2.1 Modelo de saúde 17
2.1.1 Papel do setor privado 17
2.2 Evolução das PPP em Portugal 18
2.3 Modelos adotados 19
2.4 Características dos contratos 19
2.4.1 Hospital de Braga 20
2.4.2 Hospital de Cascais 20
2.4.3 Hospital de Loures 21
2.4.4 Hospital de Vila Franca de Xira 21
2.4.5 Hospital de Lisboa Oriental 22
2.4.6 Hospital Central do Algarve 22
2.5 Value for Money 23
2.6 Gestão de Risco 24
2.7 Pagamento ao parceiro privado 25
2.8 Indicadores de desempenho e eficiência 26
2.9 Reversão dos contratos 27
2.10 Limitações 28
Capítulo 3 – As Parcerias Público-Privadas em Espanha 31

3.1 Sistema de Saúde Espanhol 31
3.1.2 Papel do setor privado 32
3.2 Modelos adotados 33
3.2.1 Modelo Alzira 33
3.2.2 Outros modelos 34
3.3 Características contratuais 35
3.3.1 Flexibilidade contratual 37
3.4 Pagamento ao parceiro privado 38
3.5 Gestão do risco e partes interessadas 39
3.6 Análise Financeira e VfM 40
3.7 Indicadores de desempenho e qualidade 41
3.7.1 Limitações 41
3.8 Reversão dos contratos 42
Capítulo 4 – Análise comparativa de Portugal e Espanha 45
4.1 Contexto nacional e papel do setor privado 45
4.2 Modelos adotados e características contratuais 46
4.3 Distribuição de riscos 48
4.4 Análise Financeira, VfM e pagamento ao parceiro privado 49
4.5 Reversão dos contratos de PPP 50
4.6 Indicadores de desempenho, qualidade e eficiência 51
4.7 Limitações, desafios de implementação e flexibilidade contratual 51
Conclusão 53
Referências Bibliográficas 55

Índice de quadros

Quadro 1.1 - Principais características dos modelos de PPP apresentados 12

Quadro 1.2 - Alocação de risco e responsabilidades nos diferentes tipos de modelos de PPP 13

Índice de figuras

Figura 2.1 - Evolução cronológica da implementação das PPP no setor da saúde em Portugal …….. …… 23

Figura 3.1 - Evolução cronológica da implementação do Modelo Alzira, na Comunidade Valenciana ……..…… 37

Figura 3.2 - Evolução cronológica da implementação e posterior reversão do Modelo Alzira, na Comunidade Valenciana ……..... 42

Glossário de siglas

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

CPC - Custo Público Comparável

DBFMO - *Design Build Finance Maintain Operate*

EPE - Entidade Pública Contratante

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PFI - *Private Finance Initiative*

PIB – Produto Interno Bruto

PPP - Parceria Público-Privada

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UE - União Europeia

UTAP - Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

UTE - *Unión Temporal de Empresas*

VfM - *Value for Money*

Introdução

Os sistemas de saúde dos diversos países são cada vez mais pressionados por inúmeros desafios e fatores que influenciam a concretização dos principais objetivos das políticas de saúde (Pratici & Singer, 2021; United Nations Economic Commission for Europe, 2012).

O aumento dos custos associados à prestação de cuidados de saúde tem sido uma realidade constante tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. Perante este cenário e face às limitações orçamentais, muitos países têm recorrido às Parcerias Público-Privadas (PPP) como uma alternativa estratégica para controlar as despesas e melhorar a eficiência dos serviços de saúde (United Nations Economic Commission for Europe, 2012).

Neste contexto, as parcerias público-privadas constituem contratos celebrados entre o setor público e o setor privado, com o objetivo de prestar, em conjunto, um serviço público. Estas distinguem-se de outras formas de colaboração pela duração longa dos seus contratos, a transferência de risco para o parceiro privado e o retorno da gestão para o parceiro público após terminar o contrato (PWC, 2018).

Assim, as PPP nos mais diversos setores de atividade não são um conceito recente e, como tal, a sua aplicação ao setor da saúde não é exceção, tendo as primeiras experiências de PPP neste setor começado a surgir nos anos 2000 (PWC, 2018). Diversos países por todo o mundo começaram a adotar modelos de gestão através de PPP, pelo que surgiram diversos modelos, adotados tendo em conta o contexto, as diferentes abordagens e as políticas implementadas em cada país (OCDE, 2008).

Em Espanha foram adotados diferentes modelos de PPP, no entanto, principalmente na Comunidade Valenciana foi implementado o Modelo Alzira, uma referência entre os modelos de PPP existentes (PWC, 2018). Em Portugal, por sua vez, foram adotados diferentes modelos de PPP com características e especificidades contratuais que vão de encontro às necessidades do país (Ferreira & Marques, 2021).

Deste modo, dada a discrepância na escolha dos modelos adotados em cada país, torna-se pertinente analisar a forma como esta escolha e a implementação dos modelos foram realizadas e os efeitos que surgiram após a sua implementação.

Apesar das suas inúmeras vantagens, o papel das PPP no setor da saúde tem gerado um debate constante sobre a efetiva transferência de riscos para o parceiro privado, a criação de Value for Money, a maior eficiência das PPP em relação à gestão totalmente pública, a diminuição dos custos para o parceiro público, etc (EXPH, 2014; IGF, 2005; Rodrigues, 2023b). Por conseguinte, existem ainda várias questões e desafios que importa esclarecer e ultrapassar, de modo a assegurar que estas parcerias possam evoluir e contribuir de forma eficaz para a sustentabilidade e qualidade dos sistemas de saúde (United Nations Economic Commission for Europe, 2012).

Neste sentido, a presente dissertação tem como objetivo analisar e comparar os modelos de PPP na saúde adotados em Portugal e o Modelo Alzira, em Espanha, procurando identificar convergências e divergências nas diferentes dimensões analisadas. Pretende-se ainda compreender de que forma os diferentes contextos nacionais influenciam a aplicação e o desenvolvimento destes modelos, contribuindo para uma melhor compreensão das potencialidades e limitações associadas à implementação de PPP no setor da saúde.

A presente dissertação encontra-se estruturada em três capítulos principais, nos quais serão abordados os temas relevantes para a realização da análise comparativa. O primeiro capítulo apresenta o enquadramento teórico das parcerias público-privadas, abordando as suas principais características, modelos, vertentes e aspetos relevantes no contexto do setor da saúde. Os capítulos seguintes incidem sobre a caracterização das PPP implementadas em Portugal e em Espanha, analisando dimensões semelhantes, de modo a permitir uma comparação estruturada entre os modelos adotados em cada país. Por fim, é realizada uma análise comparativa com base na informação e nos dados recolhidos ao longo da revisão da literatura, com vista a identificar convergências, divergências, potencialidades e limitações dos modelos estudados.

Para tal será realizada uma revisão de literatura com o objetivo de reunir e analisar a informação disponível sobre o tema e os países em estudo.

Deste modo, o presente estudo explora temas como o contexto nacional de cada país e a importância do setor privado no sistema de saúde, os modelos adotados e as características contratuais, a renovação e/ou reversão dos contratos, as limitações e a flexibilidade contratual, a distribuição de riscos, aspetos financeiros, o *Value for Money* e as características dos pagamentos realizados ao parceiro privado.

Capítulo 1 – As Parcerias Público-Privadas

1.1 Evolução das Parcerias Público-Privadas em saúde

Ao longo das últimas décadas os governos têm procurado cada vez mais estabelecer parcerias com o setor privado para fornecer os serviços necessários à população nas mais diversas áreas (PWC, 2018).

As parcerias público-privadas são um conceito que não surgiu num passado recente e, apesar de terem evoluído e sofrido várias alterações, já existem desde o século XIX. Contudo, o seu início de forma global deu-se nos anos 70 quando surgiu a necessidade de encontrar alternativas de financiamento a longo prazo para os projetos públicos (IGF, 2005). Os Estados Unidos foram pioneiros na adoção deste tipo de parcerias para o setor da saúde, seguidos pela Europa (Pombeiro, 2003), onde o Reino Unido introduziu este modelo em meados da década de 1980 (Torchia et al., 2015) no contexto das políticas neoliberais implementadas durante o governo de Margaret Thatcher (IGF, 2005).

No entanto, a grande evolução e crescimento das PPP fez-se sentir, apenas a partir dos anos 2000, altura em que foi realizado um maior número de parcerias que envolveram a construção de instalações, o fornecimento de equipamento e material médico e a prestação de serviços de saúde (IGF, 2005; PWC, 2018)

A nível global, diversas organizações, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Banco Mundial, começaram a apoiar e incentivar a realização de parcerias entre o Estado e o setor privado no financiamento, provisão e investigação em saúde (IGF, 2005; Torchia et al., 2015). Assim, as parcerias público-privadas tornaram-se uma abordagem amplamente utilizada para responder a diversos problemas dos serviços de saúde a nível mundial (Torchia et al., 2015).

1.2 Definição, conceito e características das PPP

A literatura caracteriza as parcerias público-privadas como um conceito para o qual não existe uma definição única ou universalmente aceite, refletindo a diversidade de abordagens e enquadramentos adotados pelos diferentes autores (Pombeiro, 2003). Consequentemente, encontram-se na literatura múltiplas definições que procuram sintetizar as principais características destes contratos e delimitar o seu âmbito de aplicação.

No seu sentido mais geral, as Parcerias Público-Privadas são um contrato de longa duração, geralmente de 15 anos ou mais, no qual o Governo e uma entidade privada prestam, em conjunto, um serviço (PWC, 2018) de exploração de mercados do domínio público (Pombeiro, 2003). Este tipo de parceria envolve a partilha de investimentos e a transferência do risco do parceiro público para o

parceiro privado (PWC, 2018). No entanto, é de notar que a eficácia destes contratos depende de uma transferência suficiente do risco associado (OCDE, 2008).

A OMS (2023) vai mais a fundo neste conceito e acrescenta que a natureza destes contratos inclui o financiamento por parte do parceiro privado para as despesas de capital. Além disso, é realçado de forma contrastante que existe uma partilha tanto do risco associado como dos custos e, simultaneamente, dos benefícios entre as duas partes.

Este tipo de contratos exige, que sejam realizados estudos detalhados para analisar a viabilidade do projeto, o que implica, por vezes, um longo tempo de espera até à implementação do contrato (IGF, 2005).

Segundo a PWC (2018) existem diversas características que distinguem as PPPs dos restantes contratos entre o governo e o setor privado. Em primeiro lugar, a natureza longa dos contratos (15 anos ou mais), que permite que ambas as partes envolvidas consigam tirar o máximo partido dos pontos fortes um do outro. Em segundo lugar, o facto de o risco ser transferido para o setor privado e posteriormente, o acordo entre as duas partes acerca de indicadores de desempenho pelo qual o contrato é regido. Por fim, a propriedade pertence ao governo após terminar o contrato, o que constitui uma característica própria deste tipo de parcerias.

Tendo em conta a realidade de Portugal, a ACSS (n.d.) define as PPPs como acordos, ou conjuntos de acordos, por meio dos quais as entidades privadas assumem, por um período prolongado, o compromisso perante uma entidade pública de realizar uma determinada atividade destinada a satisfazer necessidades coletivas. Por outro lado, o IGF (2005) defende que a definição que melhor delimita o conceito de PPP para a realidade de Portugal é apresentada no livro “As PPP/PFI Parcerias Público-Privadas e a sua Auditoria”, onde, numa tentativa de definir com maior detalhe o conceito de PPP, Pombeiro (2003), definiu estas parcerias como “uma qualquer forma estável e de longo prazo de associação empresarial ou relação contratual:

- Entre pelo menos uma entidade pública e outra privada;
- Para o provimento de necessidades públicas que devam ser asseguradas ou controladas pela administração pública e por ela suportadas total ou parcialmente;
- Com fins lucrativos por parte da entidade privada ou ganhos de “VfM – Value for Money” quando esta seja uma instituição sem fins lucrativos;
- Visando ganhos de VfM relativamente ao comparador do sector público, por parte da entidade pública;
- Com riscos e função de gestão partilhados;

- Contra pagamentos por dotações orçamentais públicas, variáveis em função do grau de realização dos objectivos, dos requisitos de disponibilidade, níveis de serviços oferecidos e utilizados e, eventualmente, de outros requisitos, prévia e contratualmente definidos;
- E/ou contra a cobrança de tarifas aos utentes;
- E/ou contra a exploração acessória de activos, ou mercados do domínio público em ordem à redução de encargos para os utentes ou para a Administração." (Pombeiro, 2003, p.50-51)

1.3 Vantagens e desvantagens

A decisão de adoção destes modelos de parceria acarreta tanto benefícios como desvantagens, pelo que é de elevada relevância a sua consideração antes da realização de um contrato.

1.3.1 Vantagens

A literatura sugere que os modelos de PPP podem gerar ganhos significativos de eficiência, equidade e qualidade na prestação de serviços, uma vez que integram recursos e competências dos sectores público e privado (IGF, 2005; Parker et al., 2019; Rodrigues, 2023; Torchia et al., 2015).

A combinação estratégica das capacidades técnicas, da eficiência de gestão e do empreendedorismo inerentes ao setor privado em conjunto com as funções regulatórias do setor público gera efeitos positivos, nomeadamente no desenvolvimento das infraestruturas (De Matteis et al., 2024). Por outro lado, a introdução de práticas de gestão do sector privado pode acelerar a execução das infraestruturas, melhorar a qualidade dos serviços prestados e aumentar a satisfação dos utentes (IGF, 2005; Pombeiro, 2003; Rodrigues, 2023b). Do mesmo modo, a integração da conceção, construção, manutenção e exploração do projeto permite otimizar a alocação de recursos e direcionar a gestão para resultados a longo prazo (Rodrigues, 2023b; Torchia et al., 2015). Desta forma, as PPP são consideradas um instrumento estratégico para a modernização, sustentabilidade financeira e uma maior capacidade de resposta às necessidades da população (IGF, 2005; Pombeiro, 2003; Torchia et al., 2015)

Um outro benefício relaciona-se com a capacidade das PPP de captar e atrair financiamento alternativo, permitindo investir em infraestruturas de saúde sem sobrecarregar o orçamento público de imediato. Assim, a adoção deste tipo de modelos facilita a distribuição equilibrada dos custos para o parceiro público ao longo do ciclo de vida do projeto (IGF, 2005). Deste modo, estes acordos permitem criar situações de benefício mútuo, ao combinar o financiamento de longo prazo e os conhecimentos técnicos e de gestão privados que o sector público nem sempre possui (Pombeiro, 2003; Rodrigues, 2023b).

Além disso, a articulação entre as partes envolvidas favorece a partilha de riscos, contribuindo para uma gestão mais eficiente das infraestruturas e dos resultados financeiros dos projetos (De Matteis et al., 2024; IGF, 2005; Pombeiro, 2003; Rodrigues, 2023b).

1.3.2 Desvantagens

No entanto, apesar dos benefícios associados a estas parcerias, a literatura destaca uma série de desvantagens que podem comprometer a eficácia destes modelos.

Um dos principais desafios está relacionado com a priorização dos objetivos privados, dado que o interesse público nem sempre é a prioridade principal do parceiro privado (Torchia et al., 2015).

Por outro lado, verifica-se recorrentemente uma falta de concorrência na seleção dos parceiros privados para a parceria, que poderá estar relacionada com o elevado investimento inicial que lhes é exigido (De Matteis et al., 2024).

Outro ponto crítico identificado pela literatura refere-se à rigidez contratual e à baixa flexibilidade, que resulta do excessivo detalhe presente nos contratos. Esta rigidez pode impedir que os parceiros se adaptem rapidamente às novas tecnologias ou às alterações das necessidades da população (De Matteis et al., 2024; Rodrigues, 2023b).

Além disso, a literatura sugere que as PPP podem apresentar custos de financiamento mais elevados do que soluções totalmente públicas, devido à incorporação de prémios de risco pelo parceiro privado e à necessidade de otimizar o ciclo de vida do projeto (IGF, 2005; Rodrigues, 2023b).

A literatura destaca ainda a existência de dúvidas sobre a efetiva transferência de risco entre as partes envolvidas, a qualidade dos serviços prestados e a relação custo-benefício global do contrato, especialmente quando há conflito de interesses entre as partes envolvidas (IGF, 2005; Rodrigues, 2023). Além disso, não existem evidências generalizadas que comprovem que o modelo de PPP é mais eficiente do que um serviço público ou privado (EXPH, 2014).

Deste modo, a literatura sugere que, embora as PPP possam trazer benefícios, a sua implementação exige uma abordagem rigorosa em relação à negociação contratual, à supervisão e à alocação equilibrada dos riscos associados aos projetos (IGF, 2005; Rodrigues, 2023b; Torchia et al., 2015).

1.4 Modelos de PPP

A decisão de cada governo relativamente ao modelo de PPP a adotar é fortemente influenciada pelas necessidades locais de saúde e por diversos fatores contextuais, nomeadamente de natureza política e social (PWC, 2018). Neste sentido, a literatura identifica inúmeros modelos de parcerias público-privadas que podem ser adotados, em função do grau e do tipo de funções que o Estado transfere para o setor privado (IGF, 2005).

Contudo, importa salientar que não existe uma classificação única e consensual dos modelos de PPP, uma vez que a sua tipologia varia consoante o critério de análise adotado pelos diferentes autores. Algumas abordagens privilegiam uma perspetiva jurídica, contratual ou de auditoria, centrando-se na estrutura dos contratos, nos mecanismos de remuneração e na alocação de riscos, com aplicação aos diversos setores de atividade, como os transportes, a energia ou a saúde (Pombeiro, 2003).

Contudo, outros autores propõem classificações desenvolvidas especificamente para o setor da saúde, baseadas nas funções desempenhadas pelo parceiro privado ao longo do ciclo do projeto. Estas abordagens distinguem os modelos de PPP em função da responsabilidade pelas infraestruturas, pela gestão de serviços intermédios e da prestação de serviços clínicos, permitindo uma análise ajustada às especificidades das organizações de saúde (EXPH, 2014).

Esta será a perspetiva adotada para a presente revisão de literatura.

Deste modo, apesar da diversidade de designações encontradas na literatura, os modelos de PPP no setor da saúde tendem a agrupar-se em três grandes tipologias. A PWC (2018) no relatório *PPPs in Healthcare: Models, Lessons and Trends for the Future*, elaborado em conjunto com o *Institute for Global Health Sciences*, identifica três modelos principais de parcerias público-privadas na saúde, os quais refletem diferentes combinações das funções que o parceiro público procura transferir para o parceiro privado. Estas funções incluem o financiamento ou cofinanciamento do projeto, a conceção do empreendimento, a construção ou renovação das instalações, a manutenção das infraestruturas físicas, o fornecimento de equipamentos e sistemas de informação, a gestão de serviços não clínicos e, por fim, a prestação e gestão de serviços clínicos e de apoio clínico específicos.

Segundo a OMS (2023), os modelos de PPP apresentados seguidamente são os adotados com maior frequência pelos países de médio rendimento na Europa, constituindo atualmente a principal referência para a análise das parcerias público-privadas no setor da saúde.

1.4.1 Modelo baseado nas infraestruturas

O modelo baseado nas infraestruturas tem como principal objetivo reforçar a capacidade e a qualidade das infraestruturas públicas de saúde, permitindo a construção, expansão ou requalificação de unidades como hospitais, policlínicas, centros de ambulatório, clínicas materno-infantis e cuidados de saúde primários (OMS, 2023). Este modelo procura facilitar o acesso dos governos ao capital necessário para financiar projetos de grande dimensão (PWC, 2018).

Neste sentido, o parceiro privado é responsável pelo desenvolvimento e pela gestão da infraestrutura durante a vigência do contrato, normalmente de 25 a 30 anos. Assim, o parceiro privado assume funções que incluem a conceção, a construção ou renovação dos edifícios, o financiamento, total ou parcial, do investimento inicial e a manutenção dos ativos físicos (PWC, 2018).

Por sua vez, o parceiro público mantém a gestão dos serviços clínicos (OMS, 2023).

Além disso, o risco associado às funções do parceiro privado é também transferido para o mesmo. Deste modo, o parceiro público atribui uma remuneração ao parceiro privado através de pagamentos anuais ao longo da vigência do contrato, frequentemente associados a indicadores de desempenho (PWC, 2018), podendo os utilizadores contribuir também para a coparticipação de alguns custos. Contudo, a efetiva transferência de risco depende da capacidade da entidade pública de definir requisitos contratuais claros, assegurar a monitorização do seu cumprimento e promover concursos competitivos que permitam ao Estado capturar os ganhos de eficiência associados à alocação adequada dos riscos (OMS, 2023). No final do período contratual, a titularidade e a gestão das infraestruturas regressam ao setor público (PWC, 2018).

Este modelo é frequentemente referido na literatura como *Design Build Finance Maintain*, *Design Build Finance Maintain Operate* (DBFMO), *Design Build Operate Transfer*, *Private Finance Initiative* (PFI), *Infrastructure* PPP e *Accommodation model* (EXPH, 2014; IGF, 2005).

O modelo de PPP baseado nas infraestruturas tem sido amplamente utilizado a nível internacional como instrumento de financiamento de grandes investimentos de capital, não apenas na saúde, mas também em outros setores como transportes, educação e justiça. Contudo, a obtenção de benefícios com a implementação deste modelo depende da existência de competências técnicas e contratuais adequadas, por parte da entidade pública (OMS, 2023).

A literatura sugere, assim, que este modelo é particularmente adequado em contextos em que o setor público enfrenta restrições financeiras significativas ou carece de experiência na gestão de grandes projetos.

Do ponto de vista político e social, trata-se de um modelo relativamente fácil de justificar, uma vez que os resultados são tangíveis e facilmente mensuráveis. Porém, os incentivos associados a este tipo de PPP tendem a privilegiar o controlo de custos e o cumprimento de prazos, podendo limitar a

inovação na conceção das instalações e gerar riscos de desajustamento entre a capacidade instalada e a procura futura de serviços (PWC, 2018).

1.4.2 Modelo de serviços clínicos específicos

No modelo de serviços clínicos específicos o parceiro privado é responsável pela prestação e gestão de serviços clínicos considerados prioritários ou de elevada procura. Assim, este assume funções que incluem o financiamento ou cofinanciamento do capital, a manutenção das instalações e dos equipamentos necessários, bem como a sua operação e a prestação efetiva dos serviços de saúde (PWC, 2018). Adicionalmente, é-lhe atribuída a responsabilidade pelo recrutamento, formação e gestão dos recursos humanos relativos ao projeto (OMS, 2023).

A duração destes contratos é, na maioria das situações, de curto a médio prazo, habitualmente inferior a 10 anos, de modo a acompanhar o ciclo de vida dos equipamentos clínicos. Contudo, esta duração pode ser prolongada em contextos que impliquem um maior volume de investimento por parte do parceiro privado (PWC, 2018).

Este modelo tem como principal objetivo melhorar a qualidade, a eficiência e o acesso a determinados serviços de saúde, promovendo o envolvimento do setor privado na prestação direta de cuidados, sem necessidade de investimentos significativos. Deste modo, este revela-se particularmente adequado em contextos em que o setor público enfrenta limitações específicas, como a escassez de recursos humanos especializados, de tecnologia, de equipamentos adequados ou uma capacidade institucional reduzida para gerir parcerias de maior complexidade. No entanto, a sua implementação exige um alinhamento cuidadoso entre as tecnologias introduzidas, as necessidades da população e as restrições financeiras e operacionais do sistema de saúde, de forma a evitar investimentos excessivos ou desajustados. Este modelo permite, assim, demonstrar, de forma relativamente rápida e com menor intensidade de capital, a capacidade do setor privado para reduzir os custos e melhorar a qualidade dos cuidados (PWC, 2018).

Os contratos associados a este tipo de PPP tendem a basear o pagamento ao parceiro privado em indicadores de desempenho, geralmente relacionados com o volume de serviços prestados ou com o número de utentes atendidos (PWC, 2018), podendo, em alguns casos, coexistir com mecanismos de comparticipação financeira por parte dos utilizadores (OMS, 2023). Do ponto de vista contratual, este modelo é também designado na literatura como contrato de *Operation and Management* (PWC, 2018).

Entre os principais impactos esperados com a aplicação deste modelo destaca-se o reforço do acesso aos serviços de saúde, associado à melhoria da qualidade e da eficiência dos cuidados prestados (OMS, 2023).

A aplicação deste modelo em países de rendimento médio ao longo das últimas décadas tem incidido sobretudo na prestação de serviços de hemodiálise, com resultados positivos ao nível do aumento da disponibilidade de equipamentos médicos modernos e da melhoria do acesso a serviços de elevada qualidade para populações específicas (PWC, 2018).

Contudo, a literatura não é unânime quanto à consideração deste tipo de contratos como PPP, sobretudo quando envolvem níveis reduzidos de investimento privado e prazos contratuais limitados. Ainda assim, estes contratos incorporam pagamentos baseados no desempenho e a transferência de riscos associados à manutenção, substituição e operação de equipamentos clínicos, características inerentes aos contratos de PPP (PWC, 2018).

1.4.3 Modelo Integrado

O modelo de Parceria Público-Privada Integrada representa a forma mais abrangente e complexa de PPP no setor da saúde, uma vez que combina o desenvolvimento e gestão de infraestruturas com a prestação direta de cuidados de saúde clínicos e serviços de apoio clínico. Este modelo tem como principal objetivo melhorar a qualidade, o acesso e a eficiência dos serviços de saúde, recorrendo à capacidade de gestão, ao *know-how* operacional e ao investimento de longo prazo do setor privado (PWC, 2018).

Para além da construção, renovação e manutenção das instalações de saúde, o parceiro privado assume também a responsabilidade pela gestão e prestação de cuidados clínicos hospitalares e ambulatórios, bem como de serviços não clínicos e de suporte, operando segundo os requisitos definidos pelo Estado. Em alguns casos, esta responsabilidade estende-se à gestão de unidades de cuidados primários e de sistemas de referenciação, permitindo uma coordenação mais eficaz entre os diferentes níveis de cuidados. Esta integração funcional possibilita uma gestão mais eficiente dos fluxos de doentes, a redução de redundâncias e uma utilização mais racional dos recursos disponíveis (PWC, 2018).

Do ponto de vista contratual, a duração deste tipo de parceria geralmente varia entre 10 e 30 anos (OMS, 2023), sendo que a viabilidade dos contratos depende de uma transferência significativa de riscos para o parceiro privado. Esta transferência de riscos deve abranger o financiamento e a construção das infraestruturas, a gestão da procura, a qualidade clínica e a gestão dos recursos humanos (PWC, 2018).

Ao nível do financiamento, a prestação dos cuidados clínicos assumida pelo parceiro privado influencia diretamente a estrutura de financiamento do sistema. Neste sentido, as receitas do parceiro privado podem resultar de uma combinação entre pagamentos diretos dos utilizadores e transferências públicas, sendo que o peso relativo de cada um destes varia consoante as características

contratuais. Paralelamente, o financiamento público tende a ser direcionado para objetivos específicos, nomeadamente a garantia da prestação de um volume mínimo de serviços considerados essenciais ou o apoio ao investimento inicial em infraestruturas e equipamentos. Este apoio do Estado procura compensar situações em que a prestação de determinados cuidados não é, por si só, financeiramente atrativa para o setor privado, assegurando a viabilidade económica do projeto (OMS, 2023).

Assim, este modelo permite aos governos reforçar a participação do capital privado não apenas no financiamento dos investimentos iniciais, mas também na cobertura de despesas correntes associadas à prestação contínua de cuidados de saúde (OMS, 2023).

O modelo de PPP integrado é referido na literatura sob diversas designações, incluindo *Clinical Services PPP*, *Integrated PPP*, *Public–Private Integrated Partnership* e *Modelo de Alzira*, sendo o exemplo mais ilustre da implementação deste modelo, o Hospital La Ribera localizado na cidade de Valência, em Espanha. Este hospital integrou cuidados hospitalares, cuidados primários e cuidados continuados, enquanto assegurou a construção, renovação e manutenção das instalações de saúde. Assim, o Hospital La Ribera, localizado no município de Alzira, deu nome a este modelo de parceria, ficando conhecido como Modelo Alzira (PWC, 2018).

Por fim, a implementação deste modelo acarreta desafios relevantes no âmbito da gestão da mudança, sobretudo no que diz respeito à transição de profissionais de saúde de regimes públicos para modelos de gestão privada. A adaptação a novos sistemas de gestão, padrões de desempenho e práticas organizacionais exige planeamento antecipado, formação adequada e envolvimento dos profissionais desde as fases iniciais do projeto. Assim, embora o modelo integrado ofereça um elevado potencial de transformação dos sistemas de saúde, a sua adoção requer uma forte capacidade institucional, enquadramento regulatório e apoio político e social (PWC, 2018).

De forma a sintetizar as principais características dos modelos de parceria apresentados, o quadro 1.1 resume a informação essencial sobre cada um.

Quadro 1.1 - Principais características dos modelos de PPP apresentados

Modelo	Objetivo principal	Situação em que se adequa	Duração média dos contratos	Gestão do edifício	Gestão dos serviços clínicos	Papel do parceiro privado	Tipo de pagamento
Modelo baseado nas infraestruturas	Reforçar a capacidade e a qualidade das infraestruturas públicas, facilitando o acesso dos governos ao capital necessário para financiar projetos de grande dimensão	O setor público enfrenta restrições financeiras significativas ou carece de experiência na gestão de grandes projetos.	Entre 25 e 30 anos	Privado	Público	Desenvolvimento e gestão da infraestrutura	Pagamentos anuais, associados ao desempenho
Modelo de serviços clínicos específicos	Ampliar a oferta de infraestruturas, equipamentos e serviços de saúde, melhorar a qualidade dos cuidados clínicos e a eficiência na sua prestação	O setor público enfrenta escassez de recursos humanos especializados, tecnologia, equipamentos adequados ou uma capacidade reduzida para gerir parcerias de maior complexidade.	Inferior a 10 anos	Partilhado	Partilhado	Prestação e gestão de serviços clínicos considerados prioritários	Pagamentos com base no volume de serviços prestados ou no número de utentes atendidos
Modelo integrado	Melhorar a qualidade, o acesso e a eficiência dos serviços de saúde, recorrendo à capacidade de gestão, ao know-how operacional e ao investimento de longo prazo do setor privado	O setor público pretende reforçar a participação do capital privado no financiamento e na cobertura de despesas com a prestação de cuidados de saúde	Entre 10 e 30 anos	Privado	Privado	Gestão das infraestruturas e prestação de cuidados clínicos e de suporte	Pagamentos baseados em objetivos e desempenho

Fonte: Elaboração própria, com base em OMS (2023) e PWC (2018)

1.5 Gestão e transferência de riscos

A gestão de risco é um processo fundamental na implementação das parcerias público-privadas, traduzindo-se num fator crítico de sucesso (PWC, 2018). Tal como mencionado anteriormente, a transferência de risco do setor público para o setor privado é crucial e deve ser assegurado que a mesma é significativa, caso contrário, o projeto é definido como uma contratação pública tradicional, mesmo que uma empresa privada esteja envolvida (OCDE, 2008). Assim, a análise da transferência do risco deve ser feita de forma criteriosa definindo com clareza as responsabilidades e as funções de cada uma das partes envolvidas no contrato (PWC, 2018).

No relatório publicado pela OCDE (2008) conclui-se que uma boa distribuição do risco não implica que este seja transferido na sua totalidade para o parceiro privado, mas sim que seja alocado à parte com maior capacidade para o assumir, ou seja, o parceiro que possui capacidade de lidar com o risco sob um menor custo. Apesar disso, importa destacar que não é possível transferir os riscos associados a responsabilidades legais ou à manutenção dos serviços para o parceiro privado (OCDE, 2012).

Além disso, a capacidade de definir, identificar e mensurar de forma clara os riscos revela-se igualmente importante, uma vez que a existência de conflitos no contrato entre os parceiros envolvidos depende em grande parte deste fator. Trata-se de uma questão particularmente relevante quando o projeto apresenta riscos difíceis de mensurar, uma vez que o parceiro privado poderá não estar disposto a assumir riscos que não foram explicitamente apresentados no contrato (OCDE, 2012).

Assim, a PWC (2018) define três categorias de risco que predominam nas PPP, sendo elas: o risco geral e financeiro; o risco de planeamento ou projeto e construção; e, por fim, o risco operacional e o desempenho clínico. No quadro 1.2, apresenta-se a divisão do risco entre o parceiro público e o parceiro privado, considerando os modelos de PPP apresentados e as categorias de risco definidas.

Quadro 1.2 - Alocação de risco e responsabilidades nos diferentes tipos de modelos de PPP

Tipo de risco	Modelo baseado nas infraestruturas	Modelo dos serviços clínicos específicos	Modelo Integrado
Riscos Gerais e Financeiros			
Força maior	Partilhado	Partilhado	Partilhado
Mudanças de legislação/diretrizes	Partilhado	Partilhado	Partilhado
Financiamento	Privado	Privado	Privado
Riscos de planeamento/projeto e construção			
Aquisição do terreno e planeamento	Público	Público	Público
Design	Partilhado	Privado	Privado
Mudanças de planeamento/aprovação	Variável	Variável	Variável
Construção	Privado	Privado	Privado
Custos Excedentes	Privado	Privado	Privado
Atrasos na conclusão	Privado	Privado	Privado
Defeitos latentes	Variável	Variável	Variável
Riscos operacionais			
Custos de operação e manutenção	Privado	Privado	Privado
Equipamento	Variável	Privado	Privado
Procura de serviços	Público	Público	Variável
Problemas de mão de obra	Público	Partilhado	Privado
Falhas no desempenho clínico	Público	Privado	Partilhado

Fonte: PWC (2018)

1.6 Value For Money e resultados financeiros das PPP

O conceito de Value for Money (VFM) ou relação custo-benefício refere-se à relação entre os custos totais ao longo do ciclo de vida de um projeto e os benefícios/qualidade que este proporciona, sejam estes de natureza financeira, económica ou social (Pombeiro, 2003). A literatura realça assim que o VFM consiste na articulação mais eficiente entre os custos, riscos, prazos de execução e qualidade (Torchia et al., 2015).

Na prática, a aplicação desta metodologia baseia-se no cálculo do Valor Atual Líquido de todos os fluxos financeiros do projeto, seguido de uma análise de custo-benefício que integra os benefícios financeiros, económicos e sociais. Esta avaliação é realizada de acordo com os objetivos definidos para o projeto (Pombeiro, 2003) e a manutenção do custo-benefício deve ser assegurada mesmo em situações de renegociação contratual (OCDE, 2012).

No contexto das PPP, a relação custo-benefício está relacionada com o pressuposto de que estas parcerias podem assegurar um nível de qualidade dos serviços pelo menos equivalente ao que seria garantido pelo setor público, mas com um custo total inferior (Autoridade da Concorrência, 2020). Assim, a obtenção de uma boa relação custo-benefício pode resultar de fatores como a transferência de riscos, a introdução de inovação, uma utilização mais eficiente dos ativos ou uma gestão integrada ao longo de todo o ciclo de vida do projeto (Sarmento, 2009).

A literatura defende que a análise de VFM constitui um instrumento fundamental para apoiar as entidades públicas na escolha do modelo a adotar para o desenvolvimento de projetos (OCDE, 2012; Sarmento, 2009). Deste modo, é possível estimar o custo de realização do projeto com financiamento público e compará-lo com o custo associado à sua execução através de um modelo de PPP (OCDE, 2012;Torchia et al., 2015).

Esta análise deve garantir que são considerados todos os custos e poupanças ao longo do ciclo de vida do projeto e que o foco do setor público incide na qualidade e na competência do parceiro privado, e não apenas na proposta de menor preço (Sarmento, 2009). Por outro lado, alcançar o melhor custo-benefício pressupõe recorrer às PPP apenas quando estas se revelem a opção mais eficiente. Tal exige que o setor público disponha de competências sólidas para planear, estruturar, negociar e acompanhar contratos complexos de longa duração, garantindo uma execução eficaz (OMS, 2023). Caso as entidades públicas não disponham dessas mesmas capacidades, pode tornar-se difícil alcançar o melhor custo-benefício (OCDE, 2012).

Tal como mencionado, a transferência de riscos é um elemento central para alcançar uma relação custo-benefício adequada. Assim, a literatura salienta que esta depende de uma distribuição equilibrada dos riscos entre os setores público e privado, sendo que uma transferência de risco insuficiente pode comprometer a eficiência do projeto, enquanto uma transferência excessiva pode resultar em custos mais elevados e reduzir o valor global da parceria (Sarmento, 2009). Além disso, é essencial evitar conflitos entre a necessidade do setor público em conseguir atingir o VFM e a necessidade do setor privado em assegurar receitas suficientes para viabilizar o financiamento do projeto (Sarmento, 2009). Neste sentido, Pombeiro (2003) defende que, desde que a entidade pública consiga atingir o VFM, a entidade privada não deve ser privada de conseguir atingir os seus objetivos financeiros, não devendo existir, assim, um controlo da rentabilidade ou um abuso contratual neste sentido.

Apesar da importância da avaliação antes da implementação dos projetos, a literatura indica que a mesma nem sempre é realizada (Torchia et al., 2015). Esta avaliação difere entre países, sendo frequentemente alvo de críticas quanto à sua profundidade, rigor e imparcialidade, uma vez que em alguns casos, os responsáveis pela sua realização são a própria entidade privada ou entidades a ela associadas, o que poderá comprometer a imparcialidade. Na prática, muitos projetos de PPP avançam sem uma avaliação adequada, o que dificulta a recolha de informação fiável e limita a capacidade de tirar conclusões fundamentadas (EXPH, 2014).

1.7 Pagamento ao parceiro privado

A realização dos contratos de parceria entre as entidades privadas e públicas estabelece uma relação entre o desempenho do parceiro privado e o pagamento efetuado pelo setor público a este (PWC, 2018). Assim, a literatura reforça que é essencial que os contratos delimitem de forma clara os mecanismos de pagamento adotados, a forma de medição de desempenho e a forma como serão partilhados os recursos financeiros entre os parceiros (Pratici & Singer, 2021).

Os proveitos da exploração por parte do parceiro privado resultam essencialmente do pagamento realizado pelo setor público, calculado em função de diversas categorias de pagamento, sendo acordada a estratégia a adotar aquando da realização do contrato (Pombeiro, 2003; PWC, 2018). Deste modo, existem diversas categorias de pagamento, destacando-se, em primeiro lugar, o pagamento por disponibilidade, que cobre os custos fixos da infraestrutura, assim como a manutenção da mesma. Este rege-se pela disponibilidade da infraestrutura para prestar os serviços acordados. Em segundo lugar, o pagamento por serviço, que depende do tipo e do volume de serviços disponibilizados pelo parceiro privado, e, por último, o pagamento por pessoa que varia consoante o número de pessoas pelas quais o parceiro privado se responsabiliza por prestar os serviços contratados. Além destas categorias de pagamento, existem ainda penalizações de pagamento que ocorrem quando as condições contratuais não são cumpridas ou não atendem às expectativas. Neste caso, o parceiro público reduz ou atrasa os pagamentos ao parceiro privado (PWC, 2018).

De um modo geral, os contratos de PPP incluem uma única forma de pagamento que integra tanto a infraestrutura como os serviços clínicos prestados (PWC, 2018). No entanto, em certos casos o pagamento relativo a estas duas componentes é diferenciado (OMS, 2023). Apesar disso, esta transferência monetária da entidade pública para a privada só ocorre após o parceiro privado cumprir os objetivos iniciais estabelecidos, tais como a conclusão da construção do edifício, de modo a incentivar e a garantir o cumprimento dos prazos estabelecidos contratualmente (PWC, 2018).

1.8 Indicadores de desempenho e eficiência

A literatura revela não haver evidências e consenso sobre a dominância ao nível da eficiência e da qualidade dos serviços prestados pelas PPP comparativamente com hospitais de gestão pública, não sendo possível concluir acerca da superioridade de um modelo de gestão sobre os restantes (Autoridade da Concorrência, 2020).

Pratici & Singer (2021) realçam que a entidade privada deve conseguir medir o desempenho da sua atividade a fim de assegurar a viabilidade económica e financeira da mesma.

No entanto, não existe ainda um padrão universal para a medição de indicadores de desempenho, pelo que a literatura sugere que devem ser realizados estudos, com o objetivo de obter uma forma de

medição única para os diferentes setores, a fim de uma comparação mais justa (Liping FU, 2022; Torchia et al., 2015). Diversos autores destacam ainda que os modelos de medição de desempenho necessitam de ser melhorados, no âmbito de integrarem mais parâmetros de medição (Liping FU, 2022). Acresce ainda que existem poucos estudos que fornecem protocolos específicos para avaliação de indicadores como a eficácia (Torchia et al., 2015).

Adicionalmente, é reforçado que os governos devem assegurar indicadores-chave de desempenho para avaliar todas as PPP que integrem a prestação de serviços clínicos, a fim de medir e monitorizar o desempenho dos projetos de um modo equitativo (PWC, 2018).

A literatura enfatiza ainda que as parcerias só devem ser realizadas, quando é possível monitorizar o desempenho das PPP e definir com clareza os instrumentos de medição do progresso e dos resultados obtidos (Joudyian et al., 2021).

Capítulo 2 – As Parcerias Público-Privadas em Portugal

2.1 Modelo de saúde

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) português é financiado por impostos e assegura os cuidados de saúde de forma gratuita a todos os residentes, incluindo requerentes de asilo e migrantes em processo de regularização (OCDE, 2025).

Trata-se de um modelo fortemente centralizado, no qual o Ministério da Saúde detém competências de planeamento, regulação, supervisão e avaliação de políticas e atividades relativas à prestação de cuidados de saúde, quer no setor público, quer no privado (SNS, 2025).

No entanto, apesar desta estrutura, a literatura destaca que o sistema enfrenta constrangimentos ao nível dos recursos humanos, nomeadamente o envelhecimento dos profissionais de saúde e a elevada carga de trabalho, fatores que contribuem para que cerca de 15% da população não disponha de médico de família no Serviço Nacional de Saúde (OCDE, 2025).

2.1.1 Papel do setor privado

Além do SNS, a prestação de cuidados de saúde à população é complementada por seguros de saúde voluntários. Em 2022, o seguro de saúde voluntário abrangia cerca de 3,7 milhões de pessoas (aproximadamente um terço da população) e em 2023 correspondia a 9% da despesa total, uma das percentagens mais elevadas da União Europeia (UE). A literatura refere que 43% dos aderentes ao seguro de saúde voluntário o fazem devido a dificuldades de acesso ao SNS e 25% com o objetivo de reduzir tempos de espera. Esta adesão de mais de 600 mil pessoas desde 2021 está associada à escassez persistente de médicos de medicina geral e familiar e aos tempos de espera prolongados no setor público. Deste modo, o setor privado desempenha papel expressivo na prestação de cuidados, absorvendo quase metade da despesa total em saúde, o que representa uma das mais elevadas proporções de despesas em saúde provenientes de fontes privadas na União Europeia (OCDE, 2025).

Deste modo, o setor privado desempenha um papel expressivo na prestação de cuidados de saúde, tendo vindo a demonstrar a sua importância de uma forma exponencial nos últimos anos (Departamento de Estudos e Avaliação em Saúde, 2025).

Assim, este absorve quase metade da despesa total em saúde, o que representa uma das mais elevadas proporções de despesas em saúde provenientes de fontes privadas na União Europeia. Além disso, o SNS recorre regularmente a prestadores privados para a realização de hemodiálise, exames laboratoriais e radiológicos, endoscopias e serviços de reabilitação, áreas em que 85% a 100% da atividade é assegurada por entidades privadas, evidenciando a centralidade deste setor no sistema de saúde português (OCDE, 2025).

Em 2023, a despesa per capita em saúde situou-se em 3 001 euros, o que representa 10% do Produto Interno Bruto (PIB), cerca de 20% abaixo da média da UE. Neste ano, apenas 62% da despesa corrente em saúde teve origem pública, o que representa a terceira proporção mais baixa da UE, tendo as famílias suportado os restantes 38% por meio de pagamentos diretos ou de um seguro de saúde voluntário. Os pagamentos diretos, ainda nesse ano, representaram 29% da despesa total, quase o dobro da média europeia, refletindo, sobretudo, a elevada comparticipação nos medicamentos e a limitada cobertura pública de determinados serviços, como a saúde oral (OCDE, 2025).

Esta estrutura de cobertura complementar, associada à elevada dependência de pagamentos diretos, tende a agravar as desigualdades no acesso e a expor a população a riscos financeiros acrescidos (OCDE, 2025).

2.2 Evolução das PPP em Portugal

As primeiras experiências de parceria entre o setor público e o setor privado em Portugal surgiram em meados da década de 1990, num contexto marcado por restrições orçamentais. Entre os diversos exemplos destacam-se as SCUT, a construção de infraestruturas rodoviárias e o projeto da Ponte Vasco da Gama. Importa salientar que estes projetos antecederam a definição de um regime jurídico geral aplicável às parcerias público-privadas em Portugal. Só posteriormente foi estabelecido um quadro legal global para as PPP, acompanhado de legislação reguladora (IGF, 2005). Assim, até 2008, foram contratadas 14 parcerias público-privadas. A maioria destes projetos concentrou-se no setor dos transportes, particularmente na infraestrutura rodoviária, refletindo a prioridade atribuída à expansão e modernização da rede viária nacional (Sarmento, 2009).

O recurso a parcerias público-privadas no setor da saúde surge apenas em 2001. O plano inicialmente delineado previa a construção e gestão de 11 hospitais em regime de PPP, contudo, apenas quatro foram efetivamente concretizados. Destes, três corresponderam à substituição de unidades hospitalares já existentes, em Cascais, Braga e Vila Franca de Xira, enquanto o hospital de Loures surgiu da criação de uma nova unidade hospitalar, constituindo estas a primeira vaga de PPP em saúde (Tribunal de Contas, 2021).

Atualmente, as PPP em vigor correspondem às unidades hospitalares integradas na primeira vaga. No entanto, apenas o Hospital de Cascais mantém a gestão clínica como PPP, tendo as restantes parcerias sido revertidas para gestão pública, nesta vertente. No que diz respeito à gestão da infraestrutura, esta mantém a parceria em todos os hospitais, sendo assim gerida em conjunto pelos parceiros envolvidos (ACSS, n.d.).

Além destas parcerias, no dia 2 de fevereiro de 2024, foi celebrado o contrato de gestão do Complexo Hospitalar de Lisboa Oriental, passando a integrar também uma PPP em saúde em Portugal.

Adicionalmente, está prevista para 2026 a abertura de um concurso público, com fase de negociação das propostas, destinado à celebração do contrato de gestão do Complexo Hospitalar do Hospital Central do Algarve. De acordo com o calendário previsto, a adjudicação deverá ocorrer no final de 2027, permitindo o início das obras no começo de 2028. A construção terá uma duração estimada de três anos, pelo que o novo hospital deverá entrar em funcionamento em janeiro de 2031 (ACSS, n.d.).

2.3 Modelos adotados

No setor hospitalar, o modelo português de parcerias público-privadas posiciona-se numa solução intermédia entre o modelo britânico de PFI, com características mais conservadoras e o Modelo Alzira, espanhol (Ferreira & Marques, 2021).

O modelo implementado em Portugal prevê duas componentes contratuais distintas: um contrato relativo à conceção, construção, manutenção das infraestruturas e gestão do edifício hospitalar, atribuído por um período de 30 anos; e um contrato distinto para o fornecimento de equipamentos, gestão do estabelecimento hospitalar e prestação de serviços clínicos, contratualizado por um período de 10 anos (Ferreira & Marques, 2021), até ao máximo de 3 renovações (Autoridade da Concorrência, 2020). Alguns autores referem que estes contratos associados à gestão clínica nas PPP hospitalares permitem que os modelos de gestão com desempenho insatisfatório sejam substituídos em novos concursos. Este mecanismo tende a estimular a concorrência e a incentivar um bom desempenho por parte dos parceiros privados, reduzindo igualmente a probabilidade de renegociações contratuais, que ocorrem com maior frequência em contratos de longa duração (Ferreira & Marques, 2021).

2.4 Características dos contratos

No que diz respeito às primeiras experiências de PPP em saúde, o modelo contratual das mesmas encontrava-se estruturado segundo o modelo apresentado anteriormente, com uma entidade responsável pela gestão do edifício (infraestruturas e manutenção) e outra encarregue da gestão do estabelecimento (atividade clínica e serviços de apoio) (Entidade do Tesouro e Finanças, 2025).

A análise destes processos de contratação permite observar a duração das diferentes fases que antecederam a assinatura dos contratos e o início da atividade de cada unidade hospitalar, sendo percetível que as fases de avaliação das propostas foram, em todos os casos, as mais demoradas, refletindo a complexidade técnica associada à contratação deste tipo de projetos (Pereira et al., 2021).

2.4.1 Hospital de Braga

O processo para o Hospital de Braga iniciou a 18 de novembro de 2004 e foi seguido da preparação e avaliação inicial que decorreram durante 76 dias. Posteriormente deu-se a fase de aprovação e lançamento do procedimento com uma duração de 40 dias, a apresentação de propostas que se prolongou por 138 dias e a respetiva avaliação que durou 509 dias. Seguiu-se uma fase de negociação com a duração de 171 dias e, posteriormente, a negociação final que se prolongou por mais 315 dias (Pereira et al., 2021). Deste modo, o contrato de gestão do Hospital de Braga foi assinado apenas no dia 9 de fevereiro de 2009 (ACSS, n.d.), representando um extenso período entre o início do processo e a efetiva implementação do contrato.

O contrato de gestão clínica entrou em vigor a 1 de setembro de 2009 e terminou a 31 de agosto de 2019 (ACSS, n.d.), tendo sido assegurado pela Escala Braga, Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A. (Entidade do Tesouro e Finanças, 2025). Após esta data, a gestão clínica do hospital foi revertida para gestão pública, tendo a Entidade Pública Contratante (EPE), atualmente a Unidade Local de Saúde de Braga, EPE, assumido a responsabilidade (ACSS, n.d.). Este contrato destinou-se à prestação de cuidados de saúde, tendo sido articulado com o ensino pré-graduado médico da Universidade do Minho.

Relativamente à vertente infraestrutural, o contrato visava a conceção, construção e manutenção do Hospital de Braga, igualmente articulado com o ensino pré-graduado médico da Universidade do Minho. Esta parceria com a Escala Braga, Sociedade Gestora do Edifício, S.A. iniciou-se em 9 de fevereiro de 2009 e encontra-se em vigor até aos dias de hoje, terminando apenas a 8 de fevereiro de 2039 (ACSS, n.d.).

2.4.2 Hospital de Cascais

No caso do Hospital de Cascais, o processo teve início a 13 de maio de 2004. A fase de preparação e avaliação prévia prolongou-se por 245 dias, seguida de 66 dias correspondentes ao processo de aprovação e lançamento do concurso. A apresentação das propostas teve a duração de 159 dias, a fase de avaliação estendeu-se por 404 dias e, neste caso, não se verificaram fases formais de negociação nem de negociação final (Pereira et al., 2021), pelo que o contrato foi assinado a 22 de fevereiro de 2008 (ACSS, n.d.). A atividade hospitalar iniciou em janeiro de 2009 (Pereira et al., 2021) e a vertente clínica do contrato com a Lusíadas, Parcerias Cascais, S.A esteve em vigor até 31 de dezembro de 2018, tendo este sido prorrogado sucessivamente de forma anual até 31 de dezembro de 2022 (ACSS, n.d.).

No dia 30 de setembro de 2022, foi celebrado o novo contrato de gestão do Hospital de Cascais, com a Ribera Portugal, Parcerias de Cascais, S. A., no entanto, este só entrou em vigor a 1 de janeiro de 2023. Este encontra-se em curso atualmente e estará em vigor até 31 de dezembro de 2030 visando,

de igual modo, a gestão e a prestação de cuidados de saúde à população, bem como a gestão do estabelecimento e a manutenção de equipamentos e sistemas médicos (ACSS, n.d.).

O contrato para a gestão da infraestrutura, acordado inicialmente, compreendeu as atividades de conceção, projeto, construção, financiamento, conservação e manutenção. Este iniciou também a 22 de fevereiro de 2008, encontrando-se em vigor até ao dia 21 de fevereiro de 2038, sendo a entidade gestora do edifício a TDHOSP, Gestão de Edifício Hospitalar, S.A. (ACSS, n.d.).

2.4.3 Hospital de Loures

No Hospital de Loures, o processo teve início a 12 de maio de 2006. A preparação e avaliação inicial prolongaram-se por 139 dias, seguindo-se uma fase de aprovação e lançamento do concurso com duração de 88 dias. A apresentação das propostas demorou 136 dias, enquanto a avaliação se prolongou por mais 690 dias, representando o período mais longo desta fase de contratação, em todos os processos das PPP em estudo. Posteriormente ocorreu a negociação com duração de 132 dias, não tendo sido realizada uma fase formal de negociação final (Pereira et al., 2021). Assim, o contrato de gestão do Hospital de Loures foi assinado a 31 de dezembro de 2009 (ACSS, n.d.), representando um dos mais rápidos processos entre as PPP em estudo, desde o seu início até à assinatura do contrato. A atividade hospitalar, no entanto, iniciou apenas em julho de 2011 (Pereira et al., 2021).

O contrato da vertente infraestrutural compreendeu a conceção, projeto, construção, financiamento, conservação, manutenção e gestão do edifício hospitalar e foi iniciado a 31 de dezembro de 2009. Esta parceria encontra-se ainda em vigor, sendo a entidade gestora do edifício a HL, Sociedade Gestora do Edifício, S.A., até 30 de dezembro de 2039, data de finalização do contrato (ACSS, n.d.).

Relativamente à vertente clínica, esta incidiu sobre a prestação de cuidados de saúde geridos pela entidade gestora do estabelecimento, a SGHL, Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A e o contrato teve a duração de 10 anos, tendo sido terminado a 18 de janeiro de 2022. Após esta data, o mesmo foi revertido para a gestão pública, tendo sido a da Entidade Pública Contratante, atualmente Unidade Local de Saúde de Loures-Odivelas, EPE, a responsável pela gestão, (ACSS, n.d.).

2.4.4 Hospital de Vila Franca de Xira

No caso do Hospital de Vila Franca de Xira, o processo iniciou-se a 20 de abril de 2005. A fase de preparação e avaliação preliminar teve duração de 32 dias, seguida de 30 dias destinados à aprovação e ao lançamento do procedimento. A apresentação das propostas prolongou-se por 226 dias e a sua avaliação por 436 dias. Posteriormente, ocorreu a fase de negociação com duração de 380 dias, não tendo sido, mais uma vez, registada uma fase formal de negociação final (Pereira et al., 2021). Assim,

o contrato de gestão do Hospital de Vila Franca de Xira foi assinado em 25 de outubro de 2010 (ACSS, n.d.) e o hospital iniciou a sua atividade em maio de 2011 (Pereira et al., 2021).

Tal como nas restantes PPP, a gestão clínica teve como objetivo a prestação de cuidados de saúde. Este contrato com a Escala Vila Franca, Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A. iniciou em maio de 2011 e terminou a 31 de maio de 2021, com a reversão para a gestão pública através da EPE, atualmente a Unidade Local de Saúde do Estuário do Tejo, EPE.

Por sua vez, a vertente infraestrutural do contrato ficou a cargo da Escala Vila Franca, Sociedade Gestora do Edifício, S.A., responsável pela conceção, a construção e manutenção do edifício. Este contrato teve início na mesma data que o contrato de gestão clínica, em maio de 2011 e encontra-se ainda em vigor até 31 de maio de 2041 (ACSS, n.d.).

2.4.5 Hospital de Lisboa Oriental

O contrato de PPP mais recente diz respeito ao Complexo Hospitalar de Lisboa Oriental e restringe-se à componente infraestrutural. Este contrato, assinado a 2 de fevereiro de 2024, incide exclusivamente sobre as atividades associadas à conceção, construção, manutenção e gestão das infraestruturas, não abrangendo a gestão clínica da unidade hospitalar. Porém, este apresenta a particularidade de integrar a gestão dos parques de estacionamento que integram o edifício. A parceria com a HLO, Sociedade Gestora do Edifício, S.A. iniciou a 28 de maio de 2024 e estará em vigor até 27 de maio de 2054 (ACSS, n.d.).

2.4.6 Hospital Central do Algarve

No presente ano foi aberto o concurso público para a realização da parceria de gestão do Complexo Hospitalar do Hospital Central do Algarve. A duração prevista do contrato será de 30 anos, dos quais 3 serão dedicados à construção do edifício e os restantes à sua manutenção, exploração e conservação. Assim, este apenas entrará em funcionamento em janeiro de 2031, segundo as previsões apresentadas. Para este contrato apenas será incluída a gestão do edifício, não estando integrada a gestão clínica na parceria (República Portuguesa, 2026).

A Figura 2.1 sintetiza cronologicamente os eventos descritos acima.

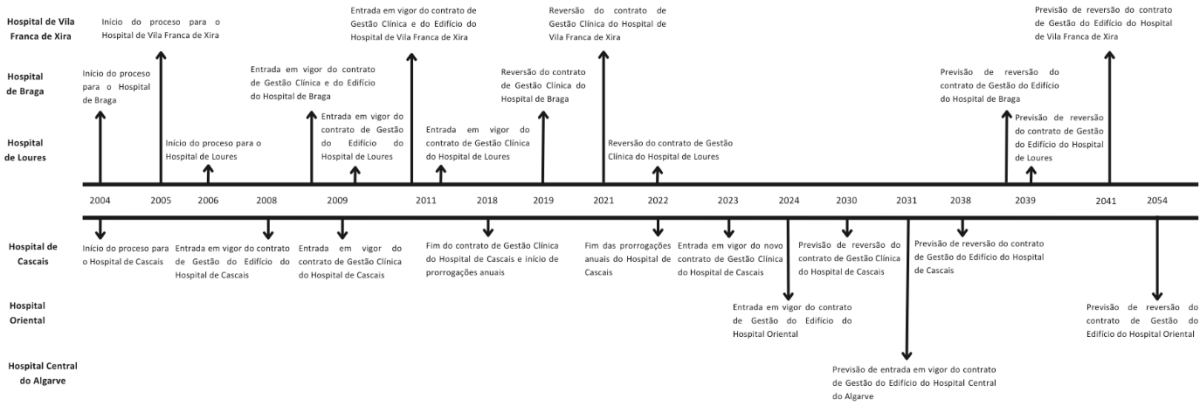


Figura 2.1 - Evolução cronológica da implementação das PPP no setor da saúde em Portugal

Fonte: Elaboração própria, com base em ACSS (n.d.), Pereira et al. (2021) e República Portuguesa (2026)

2.5 Value for Money

Segundo o Tribunal de Contas (2021) o lançamento das 4 PPP iniciais foi fundamentado na avaliação do *Value for Money*, tendo por base a comparação entre os encargos previstos no modelo PPP e o custo público comparável (CPC) estimado.

A análise realizada antes do lançamento das parcerias estimou poupanças globais no valor de 671 milhões de euros que sustentaram a escolha deste modelo. As poupanças estimadas variaram entre 4,1% no Hospital de Cascais e 33% no Hospital de Braga, resultando essencialmente da componente de gestão clínica. Pelo contrário, na vertente de construção e gestão das infraestruturas, apenas o Hospital de Braga apresentou uma estimativa de ganhos (23%), enquanto os restantes projetos evidenciavam perdas face ao CPC. Desta forma, foi sobretudo a eficiência esperada na gestão dos serviços clínicos que justificou a adoção deste modelo (Tribunal de Contas, 2021).

No total, as poupanças médias estimadas, considerando apenas parte da duração dos contratos, foram de 29 milhões de euros no Hospital de Cascais, entre 2011 e 2015; 75 milhões de euros no Hospital de Braga, entre 2012 e 2015; 19,5 milhões de euros no Hospital de Vila Franca de Xira entre 2014 e 2017 e, por fim, 79,8 milhões de euros no Hospital de Loures entre 2013 e 2017. Estes resultados totalizaram um valor de 203,3 milhões de euros de poupança total. No entanto, a consideração da totalidade do período contratual tenderia a aumentar estes valores (Tribunal de Contas, 2021).

A avaliação realizada antes da elaboração dos contratos constituiu, assim, um primeiro indicador de que se previa uma relação custo-benefício favorável para o Estado (Rodrigues & Carvalho, 2023; Tribunal de Contas, 2021).

No estudo elaborado por Rodrigues & Carvalho (2023), com vista a analisar a efetiva relação custo-benefício das PPP implementadas em Portugal, no setor da saúde, comparadas com a gestão pública hospitalar, para o período de 2012 a 2021, foram identificadas diversas conclusões. Verificou-se que, de forma global, o Estado terá obtido poupanças na ordem dos 213 milhões de euros e dos 463 milhões de euros, em diferentes períodos temporais de análise. No entanto, a análise realizada não abrangeu a totalidade do período de execução dos contratos, pelo que as poupanças efetivas ao longo de todo o período contratual poderão ter sido superiores. Deste modo, as previsões iniciais relativas às poupanças para o Estado português foram, de um modo geral, confirmadas pelas análises posteriores.

Rodrigues & Carvalho (2023) apontam ainda para uma avaliação globalmente favorável das quatro PPP hospitalares, evidenciando a criação de *Value for Money* para o Estado e, consequentemente, para os contribuintes. O Tribunal de Contas (2021) corrobora esta ideia, sustentada pelos dados analisados, que confirmam que as PPP hospitalares permitiram gerar poupanças para o Estado e, consequentemente, VfM, reforçando a sua vantagem relativamente ao modelo de gestão pública.

2.6 Gestão de Risco

Um dos aspetos fundamentais na formulação de uma PPP é a distribuição do risco. Neste contexto, a alocação do risco deve ser feita de acordo com a capacidade de cada parte para o gerir da forma mais eficiente. Deste modo, dado que o Estado possui, em regra geral, maior capacidade para suportar o risco, é exigido que o setor privado detenha competências mais robustas de gestão, de modo a assegurar benefícios mútuos no âmbito da parceria (Pereira et al., 2021).

No caso das primeiras PPP hospitalares em Portugal existiu uma tendência clara para a transferência dos riscos para o parceiro privado (Pereira et al., 2021).

Tal como mencionado, estas PPP caracterizaram-se pela separação contratual para a gestão das infraestruturas e para a gestão clínica. Neste sentido, o parceiro privado responsável pela gestão do edifício assumiu os riscos relacionados com a construção, disponibilidade, qualidade e custos operacionais, enquanto o parceiro clínico assumiu os riscos relacionados com a garantia de acesso, qualidade dos cuidados prestados e custos operacionais dos serviços clínicos (Ferreira & Marques, 2021).

No que diz respeito à distribuição de riscos entre as partes envolvidas para cada um dos hospitais em regime de PPP em Portugal, conclui-se que não existiram grandes discrepâncias entre todos, com exceção do hospital de Cascais, que possuiu algumas especificidades, por ter sido o primeiro contrato realizado. Deste modo, o parceiro privado do hospital de Cascais assumiu o risco de construção e exploração, enquanto o Estado suportou parte do risco associado ao pagamento antecipado da remuneração. No que respeita ao fornecimento dos serviços, o setor privado assumiu a maior

responsabilidade, ficando o Estado encarregue dos riscos relacionados com utentes fora da área de influência do hospital e da gestão contratual, detendo também a propriedade dos ativos. No caso dos hospitais de Braga e de Vila Franca de Xira, a distribuição de riscos seguiu a mesma lógica, observando-se uma estrutura em que o parceiro privado assumiu os principais riscos de exploração e de fornecimento de serviços, com exceção das situações fora da área de influência. A gestão do contrato, bem como os riscos associados à transição da propriedade de bases de dados, à compensação e aos custos dos serviços de urgência, ficaram atribuídos ao Estado. Por sua vez, a propriedade dos ativos foi partilhada entre o setor público e o privado. Finalmente, no Hospital de Loures, o modelo apresenta características semelhantes às anteriores unidades, onde a repartição de responsabilidades refletiu uma lógica global de transferência de risco para o setor privado. Assim, este assumiu os principais riscos de exploração e do fornecimento dos serviços, enquanto o Estado suportou parte dos encargos relacionados com pagamentos antecipados, os custos de serviços de urgência e a gestão do contrato (Pereira et al., 2021).

2.7 Pagamento ao parceiro privado

Em Portugal, as PPP do setor da saúde são constituídas por contratos distintos para a gestão do edifício e para a gestão clínica, tal como mencionado anteriormente (Entidade do Tesouro e Finanças, 2025). Assim, também o pagamento efetuado pelo setor público às PPP é realizado de forma distinta segundo critérios diferentes para as entidades contratadas para a gestão do edifício e para as entidades contratadas para gestão clínica (Autoridade da Concorrência, 2020).

A Entidade Gestora do Edifício é remunerada segundo a sua disponibilidade, ou seja, consoante os serviços disponíveis. Por sua vez, a Entidade Gestora do Estabelecimento recebe o pagamento consoante o seu desempenho nos diferentes indicadores de produtividade, isto é, os pagamentos dependem do nível de produção clínica contratada e dos resultados obtidos. No entanto, apesar dos recebimentos contratualizados, ambas as Entidades sofrem de penalizações no caso de incumprimento ou de falhas nos serviços contratados. (Autoridade da Concorrência, 2020; Ferreira & Marques, 2021).

Nos quatro hospitais em regime de PPP, a previsão de produção ficou bastante distante daquilo que se revelou a produção efetiva dos hospitais, pelo que todas as PPP foram afetadas neste sentido, tendo sido sub-remuneradas em vários anos consecutivos da sua atividade. O hospital mais afetado pela discrepância entre as previsões contratadas e a atual produção foi o Hospital de Braga, que viu 18% das consultas externas realizadas no ano de 2015 não serem remuneradas. Por outro lado, o Hospital de Cascais destaca-se quanto ao pagamento relativo a doentes em internamento e

ambulatório, tendo recebido apenas cerca de 57% do valor de referência, em 18% da sua produção, entre 2011 e 2018 (Tribunal de Contas, 2021).

O Tribunal de Contas (2021) realça assim que esta metodologia de pagamentos poderá constituir uma limitação no acesso aos cuidados de saúde, uma vez que as PPP tenderão a limitar a sua produção e a oferta de serviços de saúde aos níveis contratados a fim de reduzirem a produção não remunerada ou remunerada a preços inferiores ao espectável.

Além disso, todos os hospitais PPP sofreram de penalizações financeiras por desempenho inferior ao esperado, tendo sido o Hospital de Cascais o menos afetado, com deduções totais de cerca de dois milhões de euros, entre 2009 e 2018. No mesmo período, o Hospital de Braga é o que apresenta um maior valor de penalizações, totalizando mais de dezassete milhões de euros, maioritariamente relativos à indisponibilidade do serviço de urgência. Quanto aos Hospitais de Vila Franca de Xira e Loures, as penalizações foram de mais de quinze milhões de euros e nove milhões de euros, respetivamente. Em ambos os casos o principal motivo das penalizações deve-se a falhas relativas ao desempenho do serviço (Tribunal de Contas, 2021).

2.8 Indicadores de desempenho e eficiência

Um estudo realizado pela Autoridade da Concorrência (2020) comparou a eficiência de 34 hospitais, incluindo as 4 PPP inicialmente implementadas em Portugal, e concluiu que, em média, os hospitais em regime de PPP apresentaram uma maior eficiência que os hospitais públicos. De igual modo, a literatura destaca que estas quatro PPP se destacaram ao nível do desempenho económico e financeiro, na qualidade dos serviços prestados e também no nível de satisfação dos utentes, quando comparadas com hospitais públicos (Rodrigues, 2023b).

Entre 2012 e 2017, o desempenho dos hospitais em regime de PPP foi, no mínimo, equivalente ao dos hospitais públicos, destacando a capacidade para prestar cuidados de saúde com um nível de desempenho pelo menos tão bom como o dos hospitais públicos, a um menor custo (Rodrigues, 2023b). Além disso, também os níveis de eficiência e de produtividade foram mais elevados nos hospitais geridos através de PPP, entre 2011 e 2016 (Rodrigues & Carvalho, 2023). O mesmo se verifica entre 2016 e 2018, período em que as PPP continuaram a apresentar melhores níveis de desempenho em comparação com hospitais públicos similares (Tribunal de Contas, 2021). Estes resultados vão de encontro às conclusões apresentadas no estudo realizado por Rodrigues & Carvalho (2023), que concluíram que entre 2012 e 2021 o desempenho das PPP na maioria dos indicadores foi superior ao dos hospitais públicos.

Em 2018, os hospitais de Braga, Vila Franca de Xira e Loures foram os que apresentaram o valor mais baixo de custos por doente padrão, destacando-se o Hospital de Braga por apresentar os valores

mais baixos das 30 entidades em estudo, durante os três anos. De igual modo, desde a realização das parcerias clínicas, que os hospitais de Cascais e de Braga se destacaram com as mais elevadas avaliações de desempenho e com, mais uma vez, níveis de eficiência superiores aos dos hospitais públicos (Tribunal de Contas, 2021).

Apesar disso, segundo o Tribunal de Contas (2021), os resultados relativos à análise de qualidade e eficácia dos serviços de saúde são bastante semelhantes quer nos hospitais públicos quer nas PPP, não se verificando superioridade sobre nenhum dos modelos, com exceção do Hospital de Cascais, que apresenta repetidamente valores superiores. Ainda assim, a literatura reforça que os utentes que frequentam hospitais geridos por PPP apresentam uma maior satisfação comparativamente aos pacientes que são acompanhados em hospitais públicos (Rodrigues, 2023b).

Carvalho & Rodrigues (2022) corroboram esta afirmação e concluem, no seu estudo sobre a qualidade percebida e a satisfação dos utentes com as PPP, que estas apresentam níveis de satisfação superiores aos dos hospitais geridos pelo setor público.

2.9 Reversão dos contratos

No final do período de vigência dos contratos de gestão do estabelecimento, a decisão de renovação ou reversão do modelo PPP para a gestão clínica dos diversos hospitais foi deliberada. Neste contexto, o Governo optou por reavaliar globalmente os modelos de contratação, solicitando à Entidade Reguladora da Saúde (ERS) a realização de avaliações independentes para fundamentar a deliberação. Adicionalmente, a Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos (UTAP) desenvolveu também relatórios para cada uma das PPP, a fim de auxiliar na tomada de decisão. Contudo, as decisões não foram unânimes, uma vez que a UTAP se mostrou favorável à continuidade das PPP, enquanto a ERS não tomou uma posição (Tribunal de Contas, 2021).

Deste modo, inicialmente, foi equacionada a continuidade do modelo por meio do lançamento de novos concursos. Assim, foi recomendada pela UTAP a renovação do contrato de gestão do estabelecimento para o Hospital de Braga, caso se alcançasse acordo entre as partes. Caso não fosse possível a negociação, o lançamento de um novo concurso foi proposto como medida a adotar. No caso dos hospitais de Cascais, Vila Franca de Xira e Loures, recomendou-se o lançamento de novos concursos para a gestão do estabelecimento, uma vez que não se verificavam os requisitos para a renovação dos contratos (Tribunal de Contas, 2021).

Apesar disso, as decisões políticas acabaram por divergir das recomendações apresentadas nos estudos e, com a publicação da Resolução do Conselho de Ministros n.º 10/2020, ficou estabelecida a manutenção da gestão clínica em parceria para os hospitais de Cascais e Loures, enquanto nos casos

dos hospitais de Braga e Vila Franca de Xira esta foi revertida para a gestão pública (Tribunal de Contas, 2021).

Por conseguinte, a literatura argumenta o facto de o governo português ter optado por reverter várias PPP, mesmo depois de conhecidos os resultados positivos ao nível dos custos, do desempenho e da relação custo-benefício (Rodrigues, 2023b). Este desfecho evidencia que a decisão sobre a continuidade das PPP não dependeu exclusivamente de critérios e avaliações técnicas, tendo incorporado decisões políticas e estratégicas (Tribunal de Contas, 2021).

Segundo Sarmento (2009), os principais fatores que levaram à reversão e ao insucesso das PPP incluem o facto de terem sido implementados demasiados contratos de PPP, num curto espaço de tempo, sem antes ter ocorrido uma experiência piloto. O parceiro público não se encontrava preparado para poder avaliar e acompanhar as PPP da forma correta e para garantir a viabilidade destes projetos. Além disso, é reforçado que a experiência internacional de implementação de PPP em modelos complexos não era ainda suficiente.

2.10 Limitações

A análise da gestão contratual das PPP hospitalares evidencia diferentes níveis de organização, monitorização e articulação institucional entre as entidades envolvidas (Rodrigues, 2023a).

A literatura identifica, de um modo geral, algumas limitações no acompanhamento global das PPP.

Rodrigues (2023a) após analisar a avaliação da gestão de contratos do modelo PPP nos hospitais portugueses para o período de 2012 a 2021, identificou uma série de limitações associadas tanto à análise como aos contratos em si. Em primeiro lugar, não existem evidências de avaliações quanto à capacidade produtiva das entidades privadas antes da celebração dos contratos. Além disso, os responsáveis pela supervisão contratual nem sempre dispõem de procedimentos estruturados para garantir a contratação atempada de serviços ou para controlar os sistemas de informação utilizados pelos parceiros privados. Uma outra limitação prende-se com a ausência de instrumentos regulares de avaliação da satisfação dos utentes, o que dificulta a realização de análises mais completas sobre o desempenho das parcerias.

Adicionalmente, verifica-se pouca partilha de informação entre as entidades públicas responsáveis pela supervisão financeira e contratual, o que limita a capacidade de acompanhamento financeiro destas parcerias. Acresce, ainda que dada a escassez de indicadores de desempenho universais, a comparação entre diferentes contratos é dificultada (Rodrigues, 2023a).

Por outro lado, a falta de qualificações e especialização por parte dos recursos humanos do setor público, aliada à elevada complexidade da contratação em regime de PPP, justifica a necessidade de recorrer a entidades privadas de consultoria para a formulação desses projetos. Contudo, a

participação destas entidades é ainda pouco frequente, o que evidencia fragilidades ao nível do controlo (Pereira et al., 2021).

A literatura reforça ainda que a definição adequada das cláusulas contratuais é amplamente reconhecida como um elemento determinante para o sucesso destes projetos. Quando os contratos não conseguem assegurar o *Value for Money*, inicialmente previsto, é frequente que ocorram renegociações, muitas vezes em condições menos favoráveis ao setor público. Em situações mais extremas, estes contratos são terminados antes do prazo estabelecido. Assim, podem ocorrer conflitos e, em alguns casos, litígios entre as partes envolvidas (Autoridade da Concorrência, 2020).

Neste contexto, ao longo da execução das PPP em estudo, verificaram-se divergências de interpretação entre as partes envolvidas, sobretudo em relação à gestão dos estabelecimentos. Parte destes conflitos evoluiu para mecanismos formais de resolução de litígios e atingiu um valor de cerca de 61 milhões de euros, no final de 2019. Além disso, os litígios não resolvidos representaram no mínimo, cerca de 22 milhões de euros (Tribunal de Contas, 2021).

Às limitações apresentadas, cresce que o setor da saúde tem sido marcado por um rápido desenvolvimento tecnológico, incluindo novos equipamentos e medicamentos. Esta evolução tende a gerar necessidades frequentes de ajustamento contratual e renegociação entre o parceiro público e o parceiro privado responsável pela gestão clínica. Em resultado destas incertezas, os decisores políticos em Portugal têm vindo a adotar uma posição cautelosa relativamente à integração conjunta da gestão de infraestruturas e da atividade clínica sob a responsabilidade privada (Ferreira & Marques, 2021).

Capítulo 3 – As Parcerias Público-Privadas em Espanha

3.1 Sistema de Saúde Espanhol

O sistema de saúde de Espanha é amplamente reconhecido pela qualidade dos serviços de saúde (Acerete et al., 2011), caracterizado por um elevado grau de descentralização, financiamento público e garantia de uma cobertura universal à população (Jiménez-Buñuales et al., 2024).

Neste contexto, coexistem três subsistemas principais. O Sistema Nacional de Saúde que constitui o sistema público universal e é financiado predominantemente através de impostos, assegurando cobertura a todos os residentes. Para além do SNS, existem ainda dois regimes específicos: os fundos, como o MUFACE (destinado aos funcionários públicos), o MUGEJU (para profissionais do sistema judicial) e o ISFAS (para membros das forças armadas) e, por outro lado, as Mutualidades Colaboradoras com a Segurança Social, responsáveis pela cobertura de acidentes de trabalho e doenças profissionais (OCDE et al., 2025).

Em 2002, com a conclusão do processo gradual de descentralização das competências no setor da saúde, deu-se a transferência das responsabilidades anteriormente concentradas no Ministério da Saúde central para as autoridades das regiões autónomas (Acerete et al., 2011).

O país encontra-se dividido administrativamente em 50 províncias, organizadas em 17 comunidades autónomas com elevado grau de autogovernação, além de duas cidades autónomas, cada uma dotada das suas próprias autoridades eleitas (PWC, 2017). Cada região encontra-se dividida em áreas ou departamentos de saúde, que por sua vez são subdivididas em zonas básicas de saúde. Cada departamento de saúde dispõe de um hospital responsável pela prestação de cuidados especializados, tanto em regime de internamento como em regime de ambulatório. Paralelamente, os centros de cuidados de saúde primários garantem o acesso da população aos serviços de saúde essenciais (Acerete et al., 2011).

Embora o Ministério da Saúde seja responsável pela coordenação estratégica e pela definição da regulamentação nacional, cada uma das 17 comunidades autónomas é responsável pela gestão operacional do sistema, planeamento dos serviços, prestação de cuidados de saúde e pela distribuição dos recursos financeiros (OCDE et al., 2025). Assim, cada região pode definir e implementar os modelos de prestação de serviços que considere mais adequados, enquanto o governo central mantém as funções de definição de políticas gerais e de coordenação entre as diferentes regiões (PWC, 2017).

Apesar disso, após a crise económica e financeira de 2008, algumas medidas de austeridade e estabilidade impostas pelo Ministério das Finanças acabaram por limitar parcialmente essa autonomia regional (EOHSP, 2024).

A responsabilidade pela organização e prestação dos cuidados de saúde pertence às comunidades autónomas, pelo que os residentes apenas podem aceder a cuidados médicos especializados mediante encaminhamento do médico de família. Neste contexto, coexistem dois modelos de acesso aos serviços hospitalares. Os residentes são atribuídos a um hospital com base na sua área de residência, através do respetivo Serviço de Saúde Primária, podendo, no entanto, recorrer a qualquer hospital dentro da sua área de saúde ou mesmo fora dela, ou, por outro lado, os residentes têm a possibilidade de escolher o hospital onde pretendem ser atendidos (Acerete et al., 2011).

Apesar das diferenças regionais em termos de organização dos serviços e níveis de despesa, a cobertura do sistema garante o objetivo fundamental de acesso universal aos cuidados de saúde (OCDE et al., 2025).

Em 2023, os gastos em saúde representaram 9,2% do PIB de Espanha, valor inferior à média da União Europeia, que se situa em 10%. De igual forma, a despesa em saúde por habitante foi de cerca de 3137 euros, situando-se também abaixo da média da União Europeia em cerca de 20% (OCDE et al., 2025).

3.1.2 Papel do setor privado

A prestação de cuidados de saúde em Espanha é predominantemente pública e, embora existam também prestadores privados, sobretudo nos serviços especializados em regime de ambulatório e em cuidados hospitalares, o setor público continua a ser responsável pela maior parte da prestação de cuidados de saúde. Neste sentido, em 2023, as fontes públicas representaram 73% da despesa total em saúde, valor que fica abaixo da média da UE (cerca de 80%) (OCDE et al., 2025).

No entanto, apesar desta predominância do setor público, desde a criação do Serviço Nacional de Saúde espanhol, os Departamentos Regionais de Saúde têm também recorrido à contratação de serviços hospitalares a entidades privadas. Estes prestadores atuam de forma complementar ao SNS, sendo frequentemente utilizados para reduzir listas de espera, quer para exames de diagnóstico, quer para procedimentos cirúrgicos ou programas de alta hospitalar precoce (Comendeiro-Maaløe et al., 2019). Assim, em 2023, o seguro de saúde voluntário representou 6% da despesa em saúde, acima da média da UE de 4,5%, sendo maioritariamente usados para reduzir tempos de espera no acesso a cuidados especializados ou hospitalares, tal como mencionado, ou para cobrir serviços que não se encontram integrados no SNS (OCDE et al., 2025).

Além do setor privado, Espanha tem também recorrido com frequência a parcerias público-privadas como forma de ultrapassar limitações ao investimento público. Este tipo de mecanismo tornou-se especialmente relevante após a crise económica e financeira de 2008, período em que as

restrições orçamentais aumentaram e reforçaram a necessidade de recorrer ao financiamento e à participação do setor privado (EOHSP, 2024).

Deste modo, Espanha é amplamente reconhecida pela qualidade do seu sistema de saúde, o qual assenta nos princípios da universalidade, equidade, financiamento público e gratuitidade no momento da prestação dos cuidados de saúde (De Haro-García & Caro, 2025). No entanto e apesar destas características, os pagamentos diretos das famílias representaram 21% dos gastos com os cuidados de saúde, em 2023, valor significativamente superior à média europeia de 16% (OCDE et al., 2025).

3.2 Modelos adotados

3.2.1 Modelo Alzira

A primeira iniciativa de parceria público-privada em Espanha ficou conhecida como Modelo Alzira. Esta designação deriva da cidade situada no sudeste da costa mediterrânica, selecionada para proceder à construção do primeiro hospital sob este modelo (Caballer-Tarazona et al., 2016), por se tratar de uma cidade que não dispunha de hospital próprio (Acerete et al., 2011)

Em 1986, fortes inundações provocadas pelo rio Júcar deixaram grande parte da população da região sem acesso adequado a cuidados de saúde. Pelo que, perante esta situação, o Ministério da Saúde da Comunidade Valenciana decidiu avançar com a construção de um novo hospital regional na cidade de Alzira (PWC, 2017).

Posteriormente, em 1997, foi aprovada a Lei 15/1997, que ampliou os mecanismos legais para a prestação de cuidados de saúde no âmbito do sistema público, permitindo o desenvolvimento de parcerias público-privadas. No mesmo ano, liderada pelo Partido Popular, a Comunidade de Valência foi a primeira região espanhola a aprovar a legislação regional alinhada com a lei nacional, criando as condições para a implementação deste tipo de parcerias na região. Assim, a adoção deste modelo foi justificada como a expectativa de que tal permitiria gerar poupanças para o Ministério da Saúde da Comunidade Valenciana (Acerete et al., 2011; Comendeiro-Maaløe et al., 2019).

Neste seguimento, o processo de construção do Hospital La Ribera foi lançado a concurso em 1997 e, posteriormente, em 1999, iniciou a sua atividade, com um contrato inicial estabelecido por um período de dez anos. A concessão do Hospital foi atribuída à Unión Temporal de Empresas (UTE) Ribera Salud, um consórcio privado constituído pela Adeslas, responsável pela prestação de serviços de saúde, pela Ribera Salud, enquanto parceira financeira formada por três bancos, e por fim, por duas empresas de construção (PWC, 2017).

Mais tarde, e com base na experiência bem-sucedida do modelo implementado no Departamento de Saúde de La Ribera, o governo da Comunidade Valenciana avançou com a expansão deste tipo de

parcerias. Assim, entre 2002 e 2006, foram lançadas quatro novas concessões em regime de PPP, segundo o Modelo Alzira, abrangendo os departamentos de saúde de Dénia, Elche-Crevillent, Manises e Torrevieja. Em cada um destes casos, o modelo de parceria foi ajustado e adaptado às especificidades locais, tendo em conta as necessidades concretas em termos de infraestruturas e de prestação de cuidados clínicos (PWC, 2017).

No caso de Torrevieja, esta implementação foi motivada sobretudo pelo crescimento significativo da população sazonal, particularmente durante os meses de verão, que pressionava a capacidade dos serviços de saúde existentes. No departamento de Dénia, o principal objetivo passava por expandir a capacidade hospitalar e reforçar a resposta do sistema de saúde ao nível distrital. Relativamente a Manises, a principal finalidade era reduzir a pressão sobre os serviços hospitalares da cidade de Valência. Por fim, no caso de Elche-Crevillent (Vinalopó) o objetivo passava por reduzir as desigualdades no acesso a cuidados de saúde especializados, especialmente na zona sul do departamento (PWC, 2017).

Deste modo, uma população inicial de cerca de 230.000 habitantes da Comunidade Valenciana passou a ser abrangida por contratos de parceria público-privada integrados num dos cinco departamentos de saúde que adotaram este modelo de gestão (Caballer-Tarazona et al., 2016).

3.2.2 Outros modelos

Em Madrid, a responsabilidade pela gestão dos serviços de saúde foi assumida em 2001, com a criação do Serviço de Saúde de Madrid. Perante o crescimento da população, foi desenvolvido um plano de infraestruturas entre 2004 e 2007, com o objetivo de expandir a capacidade do sistema, incluindo a construção de novos hospitais em zonas com maior procura (PWC, 2017).

A partir de 2004, foram lançados os primeiros concursos para hospitais em regime de PPP e, apesar do Modelo Alzira ter sido também adotado nesta cidade, não foi a única tipologia de PPP implementada (Caballer-Tarazona et al., 2016).

Em 2007, entrou em funcionamento o Hospital de Valdemoro, seguindo o modelo DBFMO, que inclui a conceção, construção, financiamento, operação e transferência. Simultaneamente, foi integrada a gestão tanto de serviços clínicos como não clínicos por parte do parceiro privado. Entre 2008 e 2010, foram inaugurados vários hospitais sob o modelo PFI, nomeadamente Majadahonda, Henares, Infanta Cristina, Aranjuez, Sureste e Infanta Leonor, que incidiram sobretudo na vertente infraestrutural e nos serviços não clínicos, mantendo os serviços clínicos sob gestão pública. Posteriormente, em 2011 foi inaugurado o Hospital de Torrejón, seguido pelos hospitais de Móstoles em 2012 e de Collado Villalba em 2014, todos estes regidos por modelos PPP, que integraram a gestão do edifício e simultaneamente os serviços clínicos e não clínicos sob gestão privada. Este processo

reflete, assim, a diversidade dos modelos adotados nesta região, combinando diferentes soluções contratuais ao longo do tempo (PWC, 2017).

3.3 Características contratuais

O processo de contratação das parcerias público-privadas desenvolve-se em cinco fases principais. Numa primeira etapa, realizam-se estudos preliminares, análises de viabilidade e a definição das condições contratuais, desenvolvidas pela entidade pública responsável. Seguem-se a apresentação do projeto aos potenciais concorrentes, o processo de concurso público e a adjudicação da proposta vencedora. Por fim, na fase final, ambas as partes formalizam o acordo através da assinatura do contrato de concessão (Torchia et al., 2015).

Tal como mencionado, em 1999, foi introduzida no departamento de saúde de La Ribera, na Comunidade Valenciana, uma nova forma de PPP, conhecida como Modelo Alzira.

Este modelo de parceria público-privada combina o investimento em novas infraestruturas de saúde, incluindo hospitais e centros de saúde, com a gestão dos serviços de saúde, por parte de um parceiro privado. O objetivo é melhorar a prestação dos cuidados de saúde a uma população previamente definida, assegurando uma abordagem integrada entre os diferentes níveis de cuidados. O Modelo Alzira ultrapassou o modelo tradicional de PPP, que habitualmente se limitava ao financiamento e à construção de infraestruturas hospitalares, passando a integrar também a gestão da unidade hospitalar e a prestação de serviços clínicos (PWC, 2017).

No caso do Hospital de Alzira, o concurso foi lançado inicialmente em 1997, tendo sido atribuído a um consórcio composto pela seguradora de saúde Adeslas S.A.; diversas instituições bancárias, nomeadamente a CAM, o Bancaja, a Caja Carlet; empresas do setor da construção e a entidade Ribera Salud S.A. Deste modo, a sua atividade iniciou com um contrato estabelecido por um período de dez anos (Acerete et al., 2011; Caballer-Tarazona et al., 2016; PWC, 2017).

Apesar disso, após cerca de três anos de funcionamento, tornou-se evidente que o modelo inicial apresentava fragilidades, nomeadamente ao nível da sua sustentabilidade financeira. Assim, apesar do carácter inovador da concessão, o modelo revelou limitações por se focar essencialmente nos cuidados hospitalares, ficando fora do controlo do parceiro privado aspetos fundamentais como os cuidados primários, que influenciavam diretamente os custos. Deste modo, em 2002, o projeto foi novamente sujeito a concurso e atribuído ao mesmo consórcio, tendo o governo regional de Valência procedido à reestruturação do contrato com a Adeslas, através de um refinanciamento. Neste sentido, o novo modelo passou a incluir não só a gestão dos cuidados hospitalares, mas também dos cuidados de saúde primários, bem como a construção e operação de um centro de saúde adicional no município de Sueca. Ao mesmo tempo, a população abrangida foi atualizada, refletindo dados demográficos mais

recentes. O novo contrato entrou em vigor em março de 2003, tendo a duração deste sido estendida para 15 anos, com a possibilidade de um prolongamento até 20 anos (Acerete et al., 2011; PWC, 2017). No final do período contratual, todas as infraestruturas e serviços retornam ao setor público, ficando sob a responsabilidade do governo da Comunidade Valenciana (PWC, 2017).

Deste modo, os serviços prestados passaram a incluir os cuidados de saúde primários, que abrangem os serviços de urgência e os cuidados de saúde oral e dentária. Foram ainda incluídos os cuidados curativos e especializados, tais como serviços hospitalares, cuidados hospitalares domiciliários, exames de diagnóstico, terapêuticas intravenosas e procedimentos cirúrgicos. Para além disso, este passou a contemplar serviços especializados como quimioterapia, tratamentos de infertilidade, radiologia invasiva, radioterapia e transplantes de órgãos, tecidos e células. De igual modo, passaram a fazer parte dos serviços prestados atividades de promoção da saúde e proteção da população, incluindo programas de prevenção, educação para a saúde, vacinação e rastreios médicos. Este inclui ainda serviços de reabilitação, que combinam diferentes especialidades médicas e terapêuticas, bem como cuidados socio-sanitários dirigidos a pessoas com deficiência, idosos e doentes com necessidades de cuidados psiquiátricos ou de saúde mental. Contudo, no caso da Comunidade Valenciana, o modelo exclui explicitamente determinados elementos, como o fornecimento de medicamentos fora do ambiente hospitalar. Da mesma forma, não inclui os custos associados a próteses, tratamentos de oxigenoterapia ou o transporte de doentes para a prestação de cuidados de saúde (PWC, 2017).

Com estas alterações, a gestão de todos os serviços públicos de saúde de La Ribera ficou concentrada na entidade privada (PWC, 2017).

Dado o alargamento das responsabilidades do parceiro privado, foi reforçado o controlo público, tendo sido nomeado um Comissário de Saúde com funções de supervisão da utilização de recursos, dos níveis de prestação de cuidados e do funcionamento global do sistema no departamento de saúde (PWC, 2017).

Após esta experiência pioneira, tal como mencionado anteriormente, o modelo Alzira foi progressivamente alargado a outros departamentos de saúde, nomeadamente a Torrevieja, a Dénia, a L'Horta–Manises e, por fim, a Elche–Crevillente. No total, foram estabelecidos cinco PPP de saúde sob este modelo na Comunidade Valenciana, abrangendo cerca de 20% da sua população (González-de Julián et al., 2018).

Relativamente a Torrevieja, o processo foi lançado em 2002 e o hospital iniciou atividade em 2006, com a gestão operacional atribuída à Asisa e o financiamento assegurado pela Ribera Salud. Em Dénia, o concurso teve início em 2004, tendo o hospital entrado em funcionamento em 2009. A operação ficou a cargo da DKV, sendo o financiamento novamente assegurado pela Ribera Salud. Quanto a Manises, o processo de contratação ocorreu em 2006, com início de atividade em 2009 e com a gestão

operacional sob a responsabilidade da Sanitas, mantendo-se a Ribera Salud como entidade financiadora mais uma vez. Por fim, no caso de Elche-Crevillent (Vinalopó), o concurso foi igualmente lançado em 2006, tendo o hospital iniciado a sua atividade apenas em 2010. A operação ficou a cargo da Ribera Salud, com participação da Asisa no financiamento (PWC, 2017).

A Figura 3.1 resume, cronologicamente, os eventos mais relevantes relativos à implementação do Modelo Alzira, na Comunidade Valenciana.

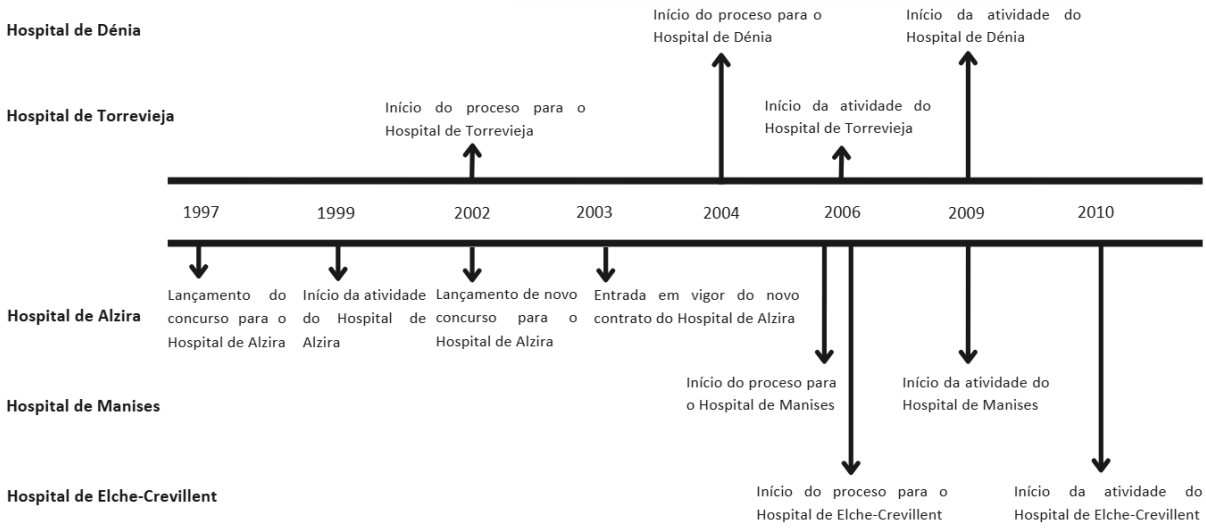


Figura 3.1 - Evolução cronológica da implementação do Modelo Alzira, na Comunidade Valenciana

Fonte: Elaboração própria, com base em González-de Julián et al. (2018) e PWC (2017)

De Haro-García & Caro (2025) destacam que, em determinadas localidades de Espanha, tais como Andaluzia, que possuem um estado de saúde pública mais crítico e menores gastos em saúde, seria benéfica a implementação de PPP na região, a fim de reduzir as listas de espera.

3.3.1 Flexibilidade contratual

Um dos principais desafios das PPP diz respeito à longa duração dos contratos, especialmente quando estes incluem a prestação de serviços clínicos, que estão sujeitos a uma maior variabilidade e risco ao longo do tempo. Além disso, os parceiros privados podem ser obrigados a suportar custos adicionais caso o governo introduza novos serviços no catálogo de cuidados durante a vigência do contrato. Assim, para lidar com as incertezas, torna-se fundamental que os contratos incorporem mecanismos de flexibilidade, permitindo ajustes ao longo do tempo, de forma transparente e estruturada (PWC, 2017).

No caso de Valência, foi criado um Comité Conjunto, responsável pela supervisão e acompanhamento do contrato. Este órgão funciona como a principal instância de decisão, avaliando e ajustando aspetos operacionais e financeiros sempre que necessário. Embora muitas dessas decisões não constituam alterações formais ao contrato, acabam por influenciar o seu funcionamento, podendo beneficiar tanto o setor público como o privado (PWC, 2017). No entanto, a literatura argumenta que não existem evidências publicamente disponíveis acerca da efetiva resolução dos problemas apresentados e da realização de ações benéficas através do Comité Conjunto (Acerete et al., 2011).

Deste modo, é essencial que exista um processo claro e transparente para registar essas decisões e avaliar o seu impacto, garantindo a adequada utilização dos recursos públicos e a confiança da população no modelo (PWC, 2017).

3.4 Pagamento ao parceiro privado

O Modelo Alzira foi implementado com base no pagamento por pessoa que integrou também as deslocações dos utentes entre os diferentes departamentos de saúde ou as comunidades autónomas para a prestação de cuidados de saúde (Caballer-Tarazona et al., 2016).

O valor estimado, inicialmente, para o pagamento por parte do parceiro público baseou-se nos custos por paciente do Hospital General Universitario de Elche, que apresentava características populacionais semelhantes às da população abrangida pelo Hospital de Alzira. Assim, apesar da Adeslas ter estimado que o pagamento por pessoa para o projeto em questão devesse atingir o valor de 225 euros (PWC, 2017), o valor acordado foi de 204 euros por residente, sendo este ajustado anualmente, de acordo com o índice de preços do consumidor (Acerete et al., 2011).

Em 2003, com as alterações contratuais, o valor atribuído ao parceiro privado sofreu alterações, passando a considerar os custos operacionais do projeto, os custos de amortização do hospital construído inicialmente e ainda os custos relativos ao novo centro de saúde que a parceria passou a abranger (PWC, 2017). Desta forma, o valor por habitante recebido pelos parceiros privados foi atualizado para 379 euros e foi sofrendo acréscimos anuais, atingindo 737,19 euros, em 2015 (González-de Julián et al., 2018).

Ainda assim, é de notar que estes ajustamentos no valor por paciente sofreram atrasos profundos, colocando os hospitais em PPP a laborar com orçamentos bastante inferiores aos dos hospitais públicos (PWC, 2017).

Tal como mencionado anteriormente, foi dada aos pacientes a liberdade de escolha do hospital para receber os cuidados de saúde. Deste modo, um paciente residente num departamento de saúde com hospitais geridos por PPP poderia optar por receber cuidados de saúde num outro departamento de saúde gerido apenas publicamente, ou vice-versa. No entanto, segundo o conceito “o dinheiro

segue o paciente", o departamento de saúde com o hospital em regime de PPP deveria pagar 100% do valor dos cuidados de saúde ao departamento de saúde que recebeu o paciente numa instituição gerida publicamente. Apesar disso, o contrário não se verificou, pelo que o departamento de saúde com o hospital público deveria pagar apenas 80% do valor dos cuidados médicos recebidos pelo paciente que procurou cuidados de saúde numa instituição em parceria público-privada. Os acertos relativos a esta troca de pacientes seriam ajustados no final do ano (PWC, 2017).

3.5 Gestão do risco e partes interessadas

Neste modelo de parceria, as diversas partes afetadas desempenham papéis distintos, com diferentes graus de envolvimento. A literatura reforça que a realização de um contrato com PPP deve ter em conta os interesses de todas as partes envolvidas e deve ser mitigada a discrepância de poder entre as mesmas (Torchia et al., 2015)

Torchia et al. (2015) referem que o papel do parceiro público em controlar, regular e monitorizar o desempenho das PPP é um fator crítico de sucesso, principalmente quando se trata de um setor com interesse público.

Neste contexto, no Modelo Alzira, o parceiro público assume um papel central como financiador, regulador e planeador, sendo responsável por garantir o acesso universal a um conjunto básico de serviços de saúde com qualidade. Além disso, são da responsabilidade do setor público o processo de aquisição e a definição da população a servir (PWC, 2017).

Por sua vez, o parceiro privado é responsável pela implementação do modelo, assumindo os riscos de natureza tecnológica, financeira, operacional, de construção ou reabilitação e de prestação dos serviços. Neste sentido, o parceiro responsável pela prestação de cuidados de saúde assegura a gestão e a prestação integrada dos mesmos, incluindo serviços clínicos e não clínicos. O parceiro financeiro trata do planeamento do investimento e da obtenção de financiamento, assumindo os riscos associados, enquanto o parceiro responsável pela construção aceita os riscos relativos à conceção, construção ou requalificação das infraestruturas. Em 2003, com a implementação do novo contrato, foram adicionadas um conjunto de responsabilidades que incluíram a operação e manutenção de centros de cuidados primários e a gestão e prestação de cuidados de saúde integrados, a toda a população do respetivo departamento de saúde (PWC, 2017).

Em relação aos riscos partilhados entre os parceiros, destacam-se o desempenho global, a adaptação a alterações legislativas e regulamentares e o financiamento do projeto, refletindo a necessidade de coordenação entre as partes envolvidas. Em áreas como o risco operacional e financeiro, a volatilidade das taxas de juro, o desempenho dos serviços e a gestão de recursos humanos, observa-se uma repartição assimétrica, em que o setor público exerce essencialmente

funções de supervisão, enquanto o parceiro privado detém a responsabilidade operacional. No seu conjunto, esta distribuição evidencia uma lógica de transferência significativa de riscos para o setor privado, ainda que o setor público mantenha um papel relevante ao nível da regulação, supervisão e definição estratégica (PWC, 2017).

No entanto, é de destacar que, apesar do risco operacional ter sido atribuído ao parceiro privado, a UTE Ribera Salud encontrava-se, de forma indireta, sob controlo da Comunidade Valenciana. Além disso, o financiamento inicial foi assegurado por caixas económicas regionais, o que fez com que uma parte significativa do risco atribuída ao parceiro privado se mantivesse no parceiro público (Caballer-Tarazona et al., 2016). Assim, dada a forte ligação entre o governo regional de Valência e os bancos de poupança regionais, a transferência de risco para o parceiro privado efetivamente nunca aconteceu (Acerete et al., 2011).

Apesar disso, esta situação foi-se alterando com o passar do tempo, à medida que o capital da Ribera Salud foi sendo adquirido por outras empresas (Caballer-Tarazona et al., 2016).

Por último, os utentes são os principais beneficiários do modelo, podendo escolher onde receber cuidados de saúde, ao passo que os profissionais de saúde têm a possibilidade de optar entre o setor público e o privado, beneficiando de diferentes incentivos e condições para o desenvolvimento da sua atividade profissional (PWC, 2017).

3.6 Análise Financeira e VfM

No que diz respeito à análise financeira das diversas PPP em Espanha, o investimento realizado diverge entre os diferentes hospitais analisados. O Hospital de Alzira representou um investimento de cerca de 72 milhões de euros, enquanto o Hospital de Torrevieja registou aproximadamente 82,4 milhões de euros. No caso do Hospital de Dénia, o investimento ascende a cerca de 90,9 milhões de euros, seguindo-se o Hospital de Manises com cerca de 94,4 milhões de euros. Por fim, o Hospital de Elche-Crevillente apresenta o valor de investimento mais elevado, na ordem dos 98,1 milhões de euros (González-de Julián et al., 2018).

Apesar disso, a literatura revela que a inexistência total de parcerias público-privadas no Sistema Nacional de Saúde de Espanha poderia gerar custos, suportados pelo setor público, entre 25% e 35% mais elevados do que aqueles associados à adoção das PPP (De Haro-García & Caro, 2025). De igual modo, a PWC (2017) destaca que com a implementação do Hospital de La Ribera, foi possível alcançar poupanças anuais de, pelo menos, 30% para o governo, quando comparadas com os custos por habitante verificados em outros departamentos geridos pelo setor público.

Além disso, devido à grande proximidade dos hospitais de Elche-Crevillent e Torrevieja, foi possível a partilha de equipamentos, serviços médicos altamente especializados e de um armazém

com diversos materiais médicos, o que se traduziu num aumento de produtividade e eficiência, reduzindo os custos em ambos os hospitais (PWC, 2017).

3.7 Indicadores de desempenho e qualidade

O foco no doente e a qualidade do serviço prestado são bastante valorizados pelos pacientes. Estudos revelam que no contexto espanhol, a grande maioria dos pacientes demonstra uma satisfação geral com os cuidados de saúde prestados pelo SNS e o foco no paciente. Além disso, a grande maioria afirma confiar nos serviços de saúde, na sua capacidade para gerir a própria saúde e ainda na coordenação dos sistemas de saúde, que acreditam ser eficaz (OCDE et al., 2025).

No contexto das PPP em Espanha, a implementação do Hospital de Alzira não integrou nenhuma metodologia de análise e avaliação dos indicadores de desempenho. Contudo, tal como mencionado, o modelo implementado permitiu que os pacientes recorressem ao hospital da sua preferência, o que posicionou os pacientes como principais medidores de qualidade. No entanto, em 2004, foi desenvolvida uma metodologia de análise de desempenho que acabou por ser adotada quer para os hospitais em regime de PPP quer para os hospitais geridos totalmente pelo setor público. Assim, foram definidos diversos indicadores que passaram a ser utilizados por todos os departamentos de saúde em Espanha (PWC, 2017). Segundo a PWC (2017), alguns dos 48 indicadores de desempenho implementados foram a taxa de cobertura de vacinas, a eficiência no aprovisionamento/aquisição da farmácia hospitalar, a taxa de adesão aos protocolos clínicos, o tempo médio de internamento hospitalar (ajustado por complexidade do caso), etc.

Estudos demonstram que em 2015, as PPP hospitalares apresentaram vantagens ao nível da qualidade dos serviços e dos resultados económicos e financeiros. Além disso, a satisfação dos utentes, em comparação com os hospitais públicos, foi também superior (Rodrigues, 2023b). Adicionalmente, a implementação das PPP nesta região permitiu uma diminuição da lista de espera e do tempo associado a esta (Caballer-Tarazona et al., 2016). No entanto, no mesmo ano, a literatura aponta para resultados acerca do desempenho das PPP, na maioria dos indicadores, inferiores aos dos hospitais públicos. Assim, apesar de alguns avanços tecnológicos relevantes, o modelo PPP não demonstrou uma superioridade consistente face ao setor público (Rodrigues, 2023b).

3.7.1 Limitações

Em Espanha, a falta de transparência foi uma característica que acompanhou todo o setor público, e não apenas as PPP. Assim, a literatura destaca que a avaliação de desempenho foi realizada de forma bastante subjetiva, centrando-se em indicadores como a qualidade percebida pelos pacientes. No entanto, estes resultados, que apresentam valores superiores para as PPP, são muitas vezes explicados

por fatores como a localização ou as instalações físicas dos hospitais e não pela performance dos mesmos (Acerete et al., 2011).

Deste modo, sendo que a literatura não se revela linear quanto à comparação entre os hospitais em regime de PPP e os hospitais geridos pelo sistema público (Rodrigues, 2023b), não é possível, neste contexto, identificar um modelo de gestão com níveis de desempenho superior em relação aos restantes (Caballer-Tarazona et al., 2016).

3.8 Reversão dos contratos

Em 2015, com a mudança política e o fim de um governo de duas décadas do Partido Popular, a intenção de reverter gradualmente as PPP existentes começou a aumentar (PWC, 2017). Como consequência, iniciou-se o processo de regresso ao modelo de gestão dos serviços de saúde públicos através do setor público (González-de Julián et al., 2018).

Assim, em 2018, a Comunidade Valenciana optou por reverter o modelo de PPP do Hospital de Alzira (EOHSP, 2024). Esta medida foi interpretada como um passo inicial para a reversão das restantes PPP, que, no seu conjunto, asseguravam já a prestação de cuidados de saúde a cerca de 655.000 habitantes (EOHSP, 2018).

Assim, após a reversão do modelo de gestão do Hospital de Alzira, seguiram-se os hospitais de Torrevieja, em 2021, Dénia, em janeiro de 2024 e Manises, em maio de 2024. Assim, a parceria de Elche-Crevillent é atualmente a única que se encontra em vigor (EOHSP, 2024).

A figura 3.2 apresenta cronologicamente as datas de implementação e posterior reversão do Modelo Alzira nos diferentes hospitais da Comunidade Valenciana.



Figura 3.2 - Evolução cronológica da implementação e posterior reversão do Modelo Alzira, na Comunidade Valenciana.

Fonte: Elaboração própria com base em EOHSP (2024), González-de Julián et al. (2018) e PWC (2017)

Esta reversão enquadrou-se no cumprimento de compromissos eleitorais assumidos pelos partidos que integram o governo regional, num contexto marcado por uma forte controvérsia social e política. Assim, a autoridade regional de saúde reassumiu a responsabilidade pela gestão e prestação de cuidados hospitalares e de cuidados de saúde primários à população de La Ribera. (EOHSP, 2018).

Os motivos que levaram a esta tomada de decisão resultam de um conjunto de condicionantes, entre as quais a pressão social em defesa dos serviços públicos e contra a perceção de privatização da saúde, a mobilização cívica, o contexto de crise económica e financeira, o debate político, os compromissos eleitorais dos partidos no governo regional, as preocupações relacionadas com a governação e os resultados financeiros (Comendeiro-Maaløe et al., 2019).

Além disso, a literatura destaca causas adicionais que podem ter estado na origem desta decisão. Em primeiro lugar, a inexistência de concorrência efetiva nos processos de concessão, dado que apenas a RiberaSalud apresentou proposta na maioria dos concursos realizados em Valência. Por outro lado, o papel controverso das caixas económicas regionais e a influência política significativa nas decisões tomadas pelas mesmas poderão pesar nesta decisão (Comendeiro-Maaløe et al., 2019; EOHSP, 2018).

Neste sentido, Acerete et al. (2011) concluem, através da sua análise crítica ao projeto inerente ao Modelo Alzira, que este não constitui uma verdadeira parceria público-privada, mas sim uma colaboração política entre o governo regional e as caixas económicas regionais.

Além disso, é reforçado que as dificuldades inerentes à definição e implementação de contratos adequados, com consequentes custos elevados de transação e supervisão, poderão estar relacionadas. Por fim, a existência de incentivos contratuais desajustados, nomeadamente no que respeita ao pagamento das transferências de doentes, que eram efetuadas com base em custos médios e não marginais, originaram transferências adicionais de recursos do setor público para o privado (Comendeiro-Maaløe et al., 2019; EOHSP, 2018).

Do ponto de vista operacional, a reversão implicou a cessação do contrato com a entidade privada e a introdução de alterações nos mecanismos de financiamento e prestação de serviços. O modelo de pagamento baseado num valor anual per capita foi substituído por um orçamento anual de valor fixo para a contratação de serviços hospitalares e de cuidados de saúde primários (EOHSP, 2018).

No que respeita aos recursos humanos, os profissionais mantiveram inicialmente as suas condições laborais, sendo posteriormente enquadrados nos mecanismos previstos para o estatuto de funcionário público (EOHSP, 2018).

No entanto, importa salientar que esta mudança não implicou alterações significativas ao nível da cobertura dos serviços. Ainda assim, a autoridade regional manifestou a intenção de reforçar os cuidados de saúde primários, expandir os serviços de assistência domiciliária e aumentar o investimento em tecnologias avançadas (EOHSP, 2018).

Deste modo, é de realçar que a decisão de manter ou substituir este modelo de PPP poderá depender em grande medida do contexto político, sendo este um dos fatores apontados pela literatura como uma das principais barreiras à implementação deste tipo de projetos, uma vez que instabilidade e as alterações políticas aumentam o risco de insucesso (Rodrigues, 2023b).

Capítulo 4 – Análise comparativa de Portugal e Espanha

Após a análise individual dos modelos de parcerias público-privadas adotados no setor da saúde em Portugal e em Espanha, torna-se pertinente proceder a uma análise comparativa entre os dois contextos. Neste sentido, o presente capítulo tem como objetivo analisar comparativamente as PPP em saúde nos dois países em estudo, com base nas dimensões previamente exploradas, nomeadamente: o contexto nacional e o papel do setor privado; os modelos adotados e as características dos contratos estabelecidos; a distribuição de risco entre os parceiros públicos e privados; a análise Financeira, VfM e pagamento ao parceiro privado; a performance e desempenho das PPP; o processo de reversão e/ou renovação dos contratos e, por fim, as principais limitações identificadas. A análise será desenvolvida procedendo à comparação entre Portugal e Espanha, com o objetivo de descrever as principais semelhanças e diferenças e interpretar o seu significado com base na literatura analisada. A mesma baseia-se na informação previamente apresentada, sendo complementada por uma reflexão crítica.

4.1 Contexto nacional e papel do setor privado

A comparação dos sistemas de saúde entre Portugal e Espanha evidencia diferenças relevantes no que respeita à organização, ao financiamento e ao papel do setor privado, com implicações diretas na forma como as parcerias público-privadas são concebidas e implementadas em cada contexto.

Em primeiro lugar, ambos os países assentam em modelos de Serviço Nacional de Saúde de base universal e financiados predominantemente por impostos (OCDE, 2025; OCDE et al., 2025). No entanto, enquanto o sistema português se caracteriza por um elevado grau de centralização, com uma concentração das competências no Ministério da Saúde (OCDE, 2025), o sistema espanhol apresenta uma estrutura descentralizada, na qual as comunidades autónomas detêm responsabilidades significativas na gestão, planeamento e prestação de cuidados de saúde (OCDE et al., 2025; PWC, 2017). Esta diferença traduz-se em dinâmicas distintas na organização dos serviços e na capacidade de adaptação às necessidades locais.

Em Espanha, a descentralização permite uma maior flexibilidade na definição de modelos de prestação de cuidados, podendo favorecer a inovação e a adoção de diferentes soluções, incluindo o recurso a parcerias a nível regional (Acerete et al., 2011; PWC, 2017). Por sua vez, o modelo português, por ser mais centralizado, tende a promover uma prestação de cuidados de saúde mais uniforme em todo o país.

Ambos os países enfrentam constrangimentos comuns, nomeadamente ao nível da pressão sobre os recursos e da sustentabilidade financeira (OCDE, 2025; OCDE et al., 2025).

Assim, é de elevada importância a integração do setor privado nos dois países. Em Portugal, o setor privado assume um papel particularmente relevante, tanto ao nível do financiamento como da prestação dos cuidados de saúde. A elevada proporção de despesa em saúde suportada por fontes privadas, bem como o peso expressivo dos pagamentos diretos das famílias (OCDE, 2025), indicam uma maior dependência do setor privado. Esta dependência é reforçada pelo recurso frequente da população a prestadores privados. Adicionalmente, a adesão significativa ao seguro de saúde voluntário, frequentemente motivada por dificuldades de acesso ao SNS e por tempos de espera prolongados (OCDE, 2025), sugere que o setor privado funciona, em muitos casos, como um complemento ao SNS necessário para garantir o acesso atempado aos cuidados de saúde.

No caso de Espanha, embora o setor privado também desempenhe um papel relevante como complemento ao sistema público e como instrumento de redução das listas de espera, a sua expressão relativa é inferior à observada em Portugal. A maior proporção de financiamento público e o menor peso dos pagamentos diretos (OCDE et al., 2025) sugerem uma menor dependência do setor privado, sendo que o sistema de saúde é maioritariamente assente na prestação de cuidados pelo setor público.

Ainda assim, importa salientar que, em ambos os países, o recurso ao setor privado surge frequentemente associado à necessidade de ultrapassar limitações ao nível da capacidade e do tempo de resposta e da prestação de serviços que não estão disponíveis no SNS (OCDE, 2025; OCDE et al., 2025). Neste sentido, destaca-se que o setor privado é um elemento de suporte ao SNS, contribuindo para assegurar a prestação dos serviços de saúde.

4.2 Modelos adotados e características contratuais

Espanha foi o primeiro país em estudo a adotar modelos de gestão através de parcerias público-privadas, com a introdução do Modelo Alzira no Hospital de Alzira em 1999, tendo posteriormente implementado diversas parcerias do mesmo modelo, entre 2002 e 2010. Em Portugal a implementação das PPP surgiu no mesmo período, sendo que as quatro PPP iniciais foram implementadas entre 2004 e 2011.

De um modo geral, os modelos de PPP no setor da saúde podem ser agrupados em três tipologias principais: o modelo baseado nas infraestruturas, o modelo centrado na prestação de serviços clínicos específicos e o modelo integrado (OMS, 2023; PWC, 2018).

A literatura recomenda que a inclusão da gestão clínica aconteça apenas quando há uma medição dos indicadores de desempenho assertiva e uma boa distribuição dos riscos entre as partes envolvidas. Além disso, nos hospitais com frequentes mudanças e evoluções tecnológicas associadas ao tratamento de doenças complexas, deve ser evitada a gestão clínica por parte de um contrato de PPP. Assim, este deve variar também em função do grau de complexidade tecnológica da unidade

hospitalar. Os hospitais com altos níveis tecnológicos e sujeitos a alterações recorrentes devem adotar o modelo baseado nas infraestruturas, enquanto os hospitais que não sofrem de alterações tecnológicas significativas poderão recorrer aos modelos de prestação de serviços clínicos específicos e ao modelo integrado (Pereira et al., 2021).

Apesar disso e das limitações associadas à medição de desempenho e à distribuição de riscos, tal como analisado anteriormente, ambos os países em estudo integraram a gestão clínica nos contratos de PPP.

No caso português, o modelo adotado posiciona-se entre o modelo baseado nas infraestruturas e o modelo de serviços clínicos específicos. A separação das duas componentes contratuais aproxima o modelo adotado de uma PPP baseada nas infraestruturas, dado que a componente infraestrutural é tratada de forma autónoma. Por outro lado, a contratualização da gestão clínica por períodos mais curtos apresenta características do modelo de serviços clínicos específicos.

De acordo com a literatura, a separação contratual tende a reduzir a probabilidade de renegociações, que são bastante frequentes em contratos de longa duração, e incentiva o desempenho do parceiro privado, uma vez que a continuidade da sua atividade depende da renovação do contrato (Ferreira & Marques, 2021).

Apesar disso, as experiências recentemente implementadas ou com previsão de implementação num futuro próximo terão a configuração de PPP baseada nas infraestruturas, sendo que os contratos apenas integram a gestão do edifício (ACSS, n.d.). Deste modo, as atuais PPP em Portugal tendem a centrar-se maioritariamente em parcerias baseadas nas infraestruturas, uma vez que apenas o Hospital de Cascais ainda integra um contrato de gestão clínica.

Por sua vez, Espanha caracteriza-se por uma maior diversidade contratual, influenciada pela elevada descentralização do sistema de saúde. O modelo Alzira enquadra-se na tipologia de PPP integrada, onde o parceiro privado assume responsabilidade ao nível do financiamento, construção e prestação de cuidados de saúde a uma população definida (Acerete et al., 2011; Caballer-Tarazona et al., 2016). Este modelo evoluiu ao longo do tempo, de modo a incluir não apenas os cuidados hospitalares, mas também os cuidados de saúde primários (Acerete et al., 2011; PWC, 2017).

Esta integração constitui uma das principais diferenças face ao modelo português, na medida em que o parceiro privado assume uma gestão mais abrangente e um maior controlo na prestação dos cuidados de saúde.

No entanto, além do Modelo Alzira, Espanha apresenta diferentes configurações contratuais, particularmente em Madrid, onde existem modelos próximos do modelo baseado nas infraestruturas, centrados nos serviços não clínicos, e modelos integrados (PWC, 2017). Esta diversidade presente em Espanha realça mais uma vez a flexibilidade do sistema político na adaptação às necessidades específicas de cada região.

Deste modo, é possível concluir que as diferenças nos modelos adotados nos dois países refletem as suas orientações políticas e institucionais.

4.3 Distribuição de riscos

Tal como mencionado anteriormente, a gestão e transferência de risco constituem elementos centrais na contratação das parcerias público-privadas, devendo os riscos ser alocados à entidade com maior capacidade para os gerir de forma eficiente (OCDE, 2008; PWC, 2018). Neste sentido, a literatura distingue diferentes categorias de risco, nomeadamente riscos gerais e financeiros, riscos de planeamento/projeto e construção e, por fim, riscos operacionais.

Em ambos os países ocorre uma transferência significativa de riscos para o parceiro privado.

Contudo, é possível destacar diferenças relevantes entre as condições definidas contratualmente e a sua implementação na prática, principalmente no caso do Modelo Alzira, onde a evidência indica que a transferência de riscos nem sempre se concretiza. A estrutura dos consórcios, a ligação a entidades públicas e os mecanismos de financiamento contribuíram para que parte dos riscos permanecesse, direta ou indiretamente, na esfera pública (Acerete et al., 2011; Caballer-Tarazona et al., 2016). Assim, Acerete et al. (2011) destacam que o presente modelo constitui apenas uma colaboração política entre o governo regional e as caixas económicas regionais e reforça que este facto tem implicações a nível internacional, dado que o modelo Alzira foi replicado em outras regiões de Espanha e, posteriormente, em outros países.

Em Portugal, a distribuição de risco apresenta-se relativamente alinhada com o enquadramento teórico, evidenciando uma alocação dos riscos operacionais, de construção e de exploração ao parceiro privado, enquanto o setor público mantém responsabilidades ao nível da regulação, supervisão, gestão contratual e riscos associados a custos adicionais (Pereira et al., 2021).

Por sua vez, no caso espanhol, observa-se uma maior concentração dos riscos operacionais no parceiro privado, indo ao encontro das características do Modelo Alzira. O parceiro público assume a responsabilidade da definição da população a servir e, tal como em Portugal, da regulação e supervisão. Contudo, tal como mencionado, a transferência de risco para o setor privado nem sempre se traduz numa transferência efetiva, sendo condicionada por fatores institucionais, financeiros e políticos.

Neste sentido, a diferença entre os modelos adotados nos dois países em estudo não reside apenas na estrutura formal dos contratos, mas também no grau de efetividade da transferência de risco.

Deste modo, verifica-se que, os riscos gerais e financeiros e os riscos associados ao planeamento/projeto e construção seguem, de um modo geral, o modelo de transferência de riscos

apresentado. No que diz respeito aos riscos operacionais, em Portugal, estes tendem a assumir uma natureza partilhada, refletindo uma abordagem mais cautelosa e um maior envolvimento do setor público.

Assim, evidencia-se uma divergência ao nível da implementação, sendo a transferência de risco mais conservadora no caso português, enquanto o modelo espanhol apresenta uma maior transferência de risco para o setor privado, ainda que com limitações na sua concretização prática.

4.4 Análise Financeira, VfM e pagamento ao parceiro privado

Ambos os países em estudo apresentam dados que evidenciam poupanças para o Estado decorrentes da implementação das PPP. Em Portugal, foram estimadas poupanças globais de cerca de 671 milhões de euros (Tribunal de Contas, 2021). Já em Espanha, a inexistência total de parcerias público-privadas poderia gerar custos, entre 25% e 35% mais elevados do que aqueles associados à adoção das PPP (De Haro-García & Caro, 2025). Assim, nos dois países em estudo a implementação das PPP foi justificada com a criação de VfM, pelo que do ponto de vista financeiro se revela eficiente a adoção da gestão em saúde através de PPP.

No que diz respeito à estrutura de pagamentos e aos incentivos contratuais, os dois países em estudo apresentam características bastante distintas.

No caso do modelo Alzira, o montante recebido pelo parceiro privado assenta num pagamento fixo, por pessoa residente, atualizado anualmente com base no índice de preços do consumidor (Acerete et al., 2011). Por sua vez, o modelo português diverge no sistema de pagamento, combinando pagamentos por disponibilidade para a gestão da infraestrutura e pagamentos por desempenho para a gestão clínica (Autoridade da Concorrência, 2020).

Assim, enquanto em Espanha o parceiro privado tem a responsabilidade de gestão global dos custos e da alocação eficiente de recursos, em Portugal os pagamentos dependem da atividade e do desempenho, o que coloca a pressão sobre o controlo da produção e o cumprimento do desempenho contratualizado.

As diferenças entre os dois países são visíveis também ao nível das limitações relativas aos pagamentos. No entanto, ambos sofrem com deficiências no processo de recebimento do valor contratado. Em Portugal assiste-se a uma elevada discrepância da produção prevista e contratada para cada período e da produção efetiva, o que coloca as PPP sob remunerações marginais inferiores ao contratado.

Desta forma, surgem incentivos à limitação da atividade, de modo a evitar a produção sub-remunerada, o que se poderá traduzir em constrangimentos ao nível do acesso aos cuidados de saúde (Tribunal de Contas, 2021).

Por sua vez, em Espanha, são identificados atrasos substanciais na atualização do valor dos pagamentos, por pessoa, a atribuir às PPP (PWC, 2017), o que poderá introduzir instabilidade financeira nas instituições geridas através de PPP.

Assim, as limitações relativas a cada contexto requerem uma adaptação constante da gestão por parte do parceiro privado, de modo a adaptar-se às condições financeiras facultadas pelo parceiro público.

4.5 Reversão dos contratos de PPP

Portugal e Espanha seguiram trajetórias semelhantes relativamente às PPP implementadas. Em ambos os países, após um período de implementação e expansão destes modelos, iniciou-se um processo de reversão da gestão para o setor público. Em Espanha, este processo começou em 2018 com a reversão da PPP do Hospital de Alzira, estendendo-se aos restantes hospitais até 2024. Em Portugal, a reversão das PPP com gestão clínica teve início em 2019 e estendeu-se até 2022. Deste modo, observa-se que os dois países passaram pelas fases de adoção, desenvolvimento e reversão das PPP em períodos temporais próximos.

Em ambos os países em estudo, a renovação ou reversão dos contratos das PPP é fortemente influenciada por fatores políticos, não estando dependente exclusivamente de critérios técnicos ou económicos.

Rodrigues & Carvalho (2023) reforçam que as decisões políticas nesta área deveriam assentar em avaliações independentes e fundamentadas, e não apenas em convicções ideológicas, o que por vezes não se verifica.

Neste sentido, em Portugal, a decisão de renovar ou reverter os contratos foi baseada tanto em avaliações independentes como em opções políticas, pelo que, apesar da evidência globalmente favorável ao desempenho das PPP, foi adotada uma solução mista, com a manutenção do modelo em alguns hospitais e a reversão para gestão pública em outros (Tribunal de Contas, 2021).

Por sua vez, em Espanha, particularmente na Comunidade Valenciana, observou-se uma tendência mais consistente de reversão das PPP, tendo sido mantida apenas a parceria de Elche-Crevillent. Esta tendência de reversão iniciou-se após mudanças políticas na região (Comendeiro-Maaløe et al., 2019; EOHSP, 2024).

Deste modo, contrariamente ao sugerido na literatura, verifica-se que, em ambos os países, as decisões ultrapassam critérios estritamente técnicos e o contexto político assume um papel determinante na definição da continuidade das PPP no setor da saúde.

4.6 Indicadores de desempenho, qualidade e eficiência

A literatura revela a inexistência de consenso quanto à superioridade do desempenho das parcerias público-privadas na saúde face aos modelos de gestão pública, tanto ao nível da eficiência, como da qualidade dos cuidados prestados (Autoridade da Concorrência, 2020; Rodrigues, 2023b).

Apesar da literatura reforçar que as PPP não devem ser implementadas sem antes definir com clareza instrumentos de medição de progresso (Joudyian et al., 2021), ainda poucos estudos foram feitos com o objetivo de identificar e definir medidores de desempenho concretos para as PPP na área da saúde (PWC, 2018). Esta lacuna destacada por diversos autores limita a comparabilidade entre diferentes contextos (Liping FU, 2022; Torchia et al., 2015).

No entanto, é possível destacar diferenças entre os dois países, sobretudo na consistência dos resultados.

Em Portugal, são evidenciadas vantagens das PPP ao nível da eficiência económica e desempenho financeiro, com custos por doente mais baixos e níveis de desempenho equivalentes ou superiores aos hospitais públicos (Autoridade da Concorrência, 2020; Tribunal de Contas, 2021; Rodrigues, 2023b). Apesar disso, a qualidade e a eficácia clínica apresentam resultados semelhantes entre as diferentes formas de gestão, não se verificando uma superioridade clara das PPP (Tribunal de Contas, 2021).

Em contraste, Espanha evidencia uma maior contradição, com estudos a indicarem desempenhos inferiores das PPP na maioria dos indicadores, e outros a apontarem para vantagens ao nível da qualidade, eficiência e satisfação (Rodrigues, 2023b).

Apesar dessa contradição, Espanha implementou um sistema de medição de desempenho generalizado entre as PPP e os hospitais públicos, que permitiu uma comparação mais equitativa (PWC, 2018). No entanto, diversos autores referem que essa avaliação é recorrentemente focada em indicadores subjetivos, não traduzindo valores concretos de performance (Acerete et al., 2011).

Neste sentido, ao nível do desempenho, em nenhum dos casos, é possível retirar conclusões acerca da superioridade de um modelo em relação aos outros.

Ainda assim, em ambos os países a satisfação dos utentes é superior em hospitais geridos em parceria quando comparados com hospitais geridos publicamente (Carvalho & Rodrigues, 2022; Rodrigues, 2023b).

4.7 Limitações, desafios de implementação e flexibilidade contratual

Relativamente à análise dos contratos, é evidenciado um conjunto de limitações e diferenças relevantes na forma como cada país estrutura, monitoriza e adapta os contratos ao longo do tempo.

No caso português, a literatura identifica diversas fragilidades associadas à gestão e acompanhamento dos contratos. Em particular, destaca-se a ausência de avaliações da capacidade produtiva dos parceiros privados antes da celebração dos contratos, bem como da monitorização e da

supervisão contratual. Além disso, verifica-se a inexistência de instrumentos regulares de avaliação da satisfação dos utentes e a ausência de indicadores uniformes de desempenho, o que dificulta a comparação entre diferentes contratos e a avaliação global da sua eficácia (Rodrigues, 2023a). Do mesmo modo, a literatura destaca limitações ao nível da capacidade técnica do setor público para lidar com a complexidade da contratação, o que se traduz na necessidade de recorrer a consultores externos para o acompanhamento das PPP (Pereira et al., 2021).

Esta dependência evidencia uma vulnerabilidade que pode comprometer a capacidade do Estado para assegurar uma gestão eficiente das parcerias.

No contexto espanhol, são também destacados desafios associados à complexidade, à medição de indicadores de desempenho e à longa duração dos contratos, especialmente por se tratar de contratos que conjugam a gestão da infraestrutura com a gestão clínica. Assim, e dada a elevada importância da flexibilidade contratual, o Modelo Alzira introduziu estruturas formais de acompanhamento, como o Comité Conjunto (PWC, 2017) e embora nem todas as decisões impliquem alterações formais ao contrato, estas influenciam diretamente o seu funcionamento.

Além da flexibilidade contratual, é ainda realçada a importância da definição adequada das cláusulas contratuais, de modo a evitar conflitos entre as partes envolvidas.

No caso de Portugal, os custos associados a litígios relacionados com divergências na interpretação de cláusulas contratuais atingiram um valor de cerca de 61 milhões de euros, no final de 2019 (Tribunal de Contas, 2021), o que reforça a importância de uma definição clara, rigorosa e detalhada das cláusulas contratuais aquando da realização do contrato.

A evolução tecnológica, por sua vez, constitui um desafio transversal a ambos os países, pela necessidade de ajustamentos frequentes e renegociações contratuais (Ferreira & Marques, 2021, PWC, 2017).

Deste modo, é possível notar que as limitações apresentadas para ambos os países em estudo são referidas na literatura como as principais desvantagens e barreiras à implementação das PPP.

Conclusão

O presente estudo analisou, numa vertente comparativa, os modelos de PPP adotados em Portugal e o Modelo Alzira, adotado em Espanha. Deste modo, foi realizada uma análise comparativa de diversos fatores que contribuem para o sucesso e a correta adoção e implementação de PPP. Os fatores analisados foram o contexto nacional e a importância do setor privado na oferta de serviços de saúde, as características dos modelos adotados e dos contratos, a renovação e reversão de contratos de PPP, as limitações e flexibilidade presente nos contratos, a distribuição de riscos entre as partes envolvidas, os aspetos financeiros de cada contrato, o *Value for Money,* os pagamentos realizados ao parceiro privado e, por fim, os indicadores de desempenho e qualidade.

Portugal e Espanha apresentam sistemas de saúde bastante idênticos, em que o SNS é financiado de forma pública, através de impostos, oferecendo cobertura universal à população. Apesar disso, o setor privado é bastante relevante no contexto da saúde para os dois países, funcionando como complemento ao SNS e como mecanismo de redução de listas de espera.

Os modelos de PPP adotados diferem entre Portugal e Espanha, espelhando a gestão em saúde de cada um dos países. Em Portugal assiste-se a uma divisão contratual entre a gestão do estabelecimento e a gestão do edifício, sendo realizados contratos distintos para cada uma das partes. Desta forma, Portugal aproxima-se do modelo baseado nas infraestruturas e do modelo de serviços clínicos específicos. Por sua vez, com a implementação do Modelo Alzira, Espanha e mais concretamente a Comunidade Valenciana, adotou um modelo de gestão em que o parceiro privado é responsável tanto pelo edifício como pelo estabelecimento, em hospitais e em cuidados de saúde primários. Deste modo, é transferida uma maior responsabilidade para o parceiro privado, permitindo, simultaneamente, um maior controlo dos cuidados de saúde.

Em ambos os países, alguns contratos dos modelos adotados foram revertidos, o que indica que ainda existem fatores de insucesso. O estudo realizado permitiu identificar, além de muitas outras lacunas, uma falta de controlo e de monitorização dos contratos em Portugal que se traduz em renegociações recorrentes e em elevados custos de resolução de litígios. Além disso, em Espanha, o Modelo Alzira é altamente criticado pela partilha de riscos, uma vez que permitiu que grande parte dos mesmos permanecesse, de forma indireta, no setor público, através da realização de um consórcio. Ao nível dos pagamentos realizados ao parceiro privado, estes divergem também quanto aos modelos adotados, sendo que, em Portugal, dependem da atividade realizada, no caso da gestão do estabelecimento, e da disponibilidade dos serviços, no caso da gestão do edifício. Já em Espanha, no Modelo Alzira, o pagamento ao parceiro privado é fixo, por pessoa residente.

Além disso, existem ainda barreiras que dificultam a normal atividade das PPP. No caso de Espanha, assistiram-se a atrasos na atualização do preço a pagar por pessoa, enquanto em Portugal o

pagamento marginal recebido pelo parceiro privado foi inferior ao contratado, devido a previsões de produção inferiores à produção real. A falta de informação disponível representa também uma lacuna em ambos os países, uma vez que dificulta uma análise rigorosa e a comparação entre modelos de PPP e de gestão pública. Do mesmo modo, devido à inexistência de indicadores de desempenho adotados de forma universal, torna-se particularmente difícil a comparação entre as diversas formas de gestão. Ainda assim, a satisfação dos pacientes é superior nos hospitais geridos através de PPP, em ambos os casos em estudo.

Apesar das lacunas identificadas, é realçado que as PPP, quando implementadas de forma adequada com controlo e monitorização, são uma mais-valia para o setor da saúde. A diminuição das listas de espera, dos custos totais, o aumento da produtividade e eficiência e a elevada satisfação dos utentes traduzem o potencial para adoção das PPP. Além disso, a partilha de riscos, de conhecimentos e de estratégias de gestão, aliadas à possibilidade de investimento sem sobrecarregar de imediato o orçamento público, traduzem-se em benefícios para os parceiros envolvidos.

Conclui-se, assim, segundo a análise comparativa efetuada, que não existe um modelo claramente superior, com características que por si só garantam um maior sucesso dos projetos. Por conseguinte, torna-se fundamental analisar não só as características dos modelos, mas também o contexto nacional e político, em que estas parcerias são implementadas, uma vez que o desempenho e sucesso das mesmas dependem da junção de todos estes fatores.

Apesar dos contributos do presente estudo para a análise das PPP na saúde em Portugal e em Espanha, importa reconhecer algumas limitações. A ausência de indicadores de desempenho adotados universalmente e a limitação da informação disponível tornam mais complexa a comparação dos modelos analisados. Por outro lado, o estudo analisou os modelos implementados apenas nestes dois países, podendo futuras investigações integrar também a comparação com outras experiências internacionais, bem como diferentes dimensões de análise. Além disso, futuramente, poderá ser benéfica a realização de entrevistas a especialistas na área de gestão e avaliação das PPP na saúde, de modo a aprofundar aspetos que a literatura aborda de forma teórica, permitindo captar diferentes perspetivas sobre o funcionamento destes modelos.

Referências Bibliográficas

Acerete, B., Stafford, A., & Stapleton, P. (2011). *Spanish healthcare public private partnerships: The 'Alzira model'*. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1045235411000785

ACSS. (n.d.). *Parcerias Público-Privadas*. Retrieved 10 February 2026, from https://www.acss.min-saude.pt/2016/10/12/parcerias-publico-privadas/

Autoridade da Concorrência. (2020). *A EFICIÊNCIA DOS HOSPITAIS EM REGIME PPP EM PORTUGAL*. https://www.concorrencia.pt/sites/default/files/imported-magazines/CR_42-4302_PT.pdf

Caballer-Tarazona, M., Clemente-Collado, A., & Vivas-Consuelo, D. (2016). A cost and performance comparison of Public Private Partnership and public hospitals in Spain. *Health Economics Review*, *6*(1), 1–7. https://doi.org/10.1186/s13561-016-0095-5

Carvalho, J. M. S., & Rodrigues, N. (2022). Perceived Quality and Users' Satisfaction with Public–Private Partnerships in Health Sector. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(13). https://doi.org/10.3390/ijerph19138188

Comendeiro-Maaløe, M., Ridao-López, M., Gorgemans, S., & Bernal-Delgado, E. (2019). Public-private partnerships in the Spanish National Health System: The reversion of the Alzira model. *Health Policy*, *123*(4), 408–411. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.01.012

De Haro-García, J., & Caro, A. (2025). Is Public-Private Partnership a Significant Factor when Achieving Horizontal Equity in Public Healthcare Resources in Spain? *The International Journal of Health Planning and Management*, *40*(5), 1093–1105. https://doi.org/10.1002/hpm.3944

De Matteis, F., Striani, F., Notaristefano, G., & Caferra, R. (2024). Public-Private Partnerships in the Healthcare Sector and Sustainability: Managerial Insights from a Systematic Literature Review. *Administration and Society*, *56*(9–10), 1146–1174. https://doi.org/10.1177/00953997241275576

Departamento de Estudos e Avaliação em Saúde. (2025). *ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO – 2025*. https://www.ers.pt/pt/atividade/regulacao-economica/selecionar/estudos/lista-de-estudos/estudo-sobre-a-concorrencia-no-setor-hospitalar-nao-publico-2025/

Entidade do Tesouro e Finanças. (2025). *Parcerias Público-Privadas – UTAP*. https://www.etf.gov.pt/utap-parcerias-publico-privadas

EOHSP. (2018). *Public-private partnerships in the Spanish National Health System: the reversion of the Alzira model*. https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/analyses/hspm/spain-2018/public-private-partnerships-in-the-spanish-national-health-system-the-reversion-of-the-alzira-model

EOHSP. (2024). *Spain: health system review 2024*. https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/spain-health-system-review-2024

EXPH. (2014). *Health and Economic Analysis for an Evaluation of the Public-Private Partnerships in Health Care Delivery across Europe: Assessment study PPP*. https://db.eupha.org/repository/sections/hsr/003_assessmentstudyppp_en.pdf

Ferreira, D. C., & Marques, R. C. (2021). Public-private partnerships in health care services: Do they outperform public hospitals regarding quality and access? Evidence from Portugal. *Socio-Economic Planning Sciences*, *73*. https://doi.org/10.1016/j.seps.2020.100798

González-de Julián, S., Polo-Garrido, F., Barrachina-Martinez, I., & Vivas-Consuelo, D. (2018, September 6). PROFITABILITY ANALYSIS OF PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP IN HEALTHCARE DELIVERY IN SPAIN. *10th International Scientific Conference "Business and Management 2018"*. https://conferences.vilniustech.lt/index.php/BM/article/view/556

IGF. (2005). *Apresentação das parcerias público-privadas. O caso português no sector da saúde*. IGF – Inspeção-Geral de Finanças. https://igf.gov.pt/inftecnica/75_anos_IGF/fausto/fausto_tema.htm

Jiménez-Buñuales, M. T., León-Sanz, P., González-Diego, P., & González-Menorca, L. (2024). The Collaboration of Private Hospitals with the Public Health Service: The Case of La Rioja, Spain (1986–2019). *Healthcare*, *12*(10), 990. https://doi.org/10.3390/healthcare12100990

Joudyian, N., Doshmangir, L., Mahdavi, M., Tabrizi, J. S., & Gordeev, V. S. (2021). Public-private partnerships in primary health care: a scoping review. *BMC Health Services Research*, *21*(1). https://doi.org/10.1186/s12913-020-05979-9

Liping FU, H. S. Y. F. K. X. (2022). A systematic review of the public–private partnership literature published between 2012 and 2021. *Journal of Civil Engineering and Management*, *29*. https://journals.vilniustech.lt/index.php/JCEM/article/view/17926/11424

OCDE. (2008). *Public-Private Partnerships: In Pursuit of Risk Sharing and Value for Money*. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2008/05/public-private-partnerships_g1gh8c7d/9789264046733-en.pdf

OCDE. (2012). *Recommendation of the Council on Principles for Public Governance of Public-Private Partnerships*. https://legalinstruments.oecd.org/public/doc/275/275.en.pdf

OCDE. (2025). *Country Health Profile 2025: Portugal*. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/12/country-health-profile-2025-country-notes_7e72146d/portugal_6d4acb43/56041c8e-en.pdf

OCDE, European Observatory on Health Systems and Policies, & European Commission. (2025). *Country Health Profile 2025: Spain*. https://health.ec.europa.eu/document/download/a0cfe2ac-7937-445f-b7ab-1c48ab99f074_en?filename=2025_chp_es_english.pdf

OMS. (2023). *Public–private partnerships for health care infrastructure and services: policy considerations for middle-income countries in Europe*. https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058605

Parker, L. A., Zaragoza, G. A., & Hernández-Aguado, I. (2019). Promoting population health with public-private partnerships: Where's the evidence? *BMC Public Health*, *19*(1). https://doi.org/10.1186/s12889-019-7765-2

Pereira, M. A., Ferreira, D. C., & Marques, R. C. (2021). A critical look at the Portuguese public–private partnerships in healthcare. *International Journal of Health Planning and Management*, *36*(2), 302–315. https://doi.org/10.1002/hpm.3084

Pombeiro, A. A. F. B. (2003). *As PPP/PFI Parcerias Público Privadas e a sua Auditoria*. Áreas Editora.

Pratici, L., & Singer, P. M. M. (2021). Public-private partnership in health care organizations. How to cope with complexity issues: a comparative case-study between Italy and the US. *International Journal of Organizational Analysis*, *29*(6), 1467–1482. https://www.emerald.com/ijoa/article-pdf/29/6/1467/1014059/ijoa-10-2020-2452.pdf

PWC. (2017). *Innovation roll out Valencia's experience with publicprivate integrated partnerships Healthcare public-private partnerships series, No. 3*. https://www.pwc.com/gx/en/healthcare/publications/assets/pwc-valencia-ppip-report.pdf

PWC. (2018). *PPPs in healthcare Models, lessons and trends for the future*. https://www.pwc.com/gx/en/healthcare/assets/ppps-in-healthcare.pdf

República Portuguesa. (2026). *Lançado concurso público para o novo Hospital Central do Algarve*. 2026. https://portugal.gov.pt/gc25/comunicacao/comunicados/lancado-concurso-publico-para-o-novo-hospital-central-do-algarve

Rodrigues, N. J. P. (2023a). PPP in the Portuguese Health Sector: Contractual compliance assessment. *Procedia Computer Science*, *219*, 2093–2102. https://doi.org/10.1016/j.procs.2023.01.512

Rodrigues, N. J. P. (2023b). Public–Private Partnerships Model Applied to Hospitals—A Critical Review. In *Healthcare (Switzerland)* (Vol. 11, Number 12). MDPI. https://doi.org/10.3390/healthcare11121723

Rodrigues, N. J. P., & Carvalho, J. M. S. (2023). Public-private partnership in the Portuguese health sector. *Heliyon*, *9*(8). https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e19122

Sarmento, J. M. (2009). *DOES PUBLIC PRIVATE PARTNERSHIPS CREATE VALUE FOR MONEY TO THE PUBLIC SECTOR? A FINANCIAL ANALYSIS USING THE PORTUGUESE EXPERIENCE* . ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.

SNS. (2025). *Ministério da Saúde*. https://www.sns.gov.pt/

Torchia, M., Calabrò, A., & Morner, M. (2015). Public–Private Partnerships in the Health Care Sector: A systematic review of the literature. *Public Management Review*, *17*(2), 236–261. https://doi.org/10.1080/14719037.2013.792380

Tribunal de Contas. (2021). *Relatório n.º 5/2021 – Parcerias Público-Privadas hospitalares no SNS*. https://www.tcontas.pt/pt-pt/ProdutosTC/Relatorios/relatorios-oac/Documents/2021/relatorio-oac005-2021.pdf

United Nations Economic Commission for Europe. (2012). *A PRELIMINARY REFLECTION ON THE BEST PRACTICE IN PPP IN HEALTHCARE SECTOR: A REVIEW OF DIFFERENT PPP CASE STUDIES AND EXPERIENCES*. https://unece.org/fileadmin/DAM/ceci/images/ICoE/PPPHealthcareSector_DiscPaper.pdf